Aus: Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

Einfluß studentischer Ausbildung in der Klinik auf Patienten. Untersucht am Beispiel von Erhebungen psychiatrischer Anamnesen durch Examenskandidaten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Dietrich Bodenstein
Bad Gandersheim

1976

Aus: Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. H. Helmchen

Einfluß studentischer Ausbildung in der Klinik auf Patienten. Untersucht am Beispiel von Erhebungen psychiatrischer Anamnesen durch Examenskandidaten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Dietrich Bodenstein
Bad Gandersheim

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Referent: Professor Dr. med. H. Hippius
Korreferent: Professor Dr. med. H. Helmchen

Tag der mündlichen Prüfung: 7. September 1976

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Die Fragestellung 3

3. Methodik 6

3.1. Die Patienten, die von Examenskandidaten untersucht worden sind 6

3.2. Die Ermittlung von Befunden, um die Reaktionen der Patienten auf die Exploration zu erfassen 12

3.3. Die Auswertung der Fragebogen 16

3.4. Die angewandten statistischen Methoden 17

4. Die Ergebnisse 19

4.1. Ergebnisse aus dem Fragebogen A 19

4.2. Ergebnisse aus dem Fragebogen B 28

4.3. Diskussion der Ergebnisse 43

5. Zusammenfassung 52

6. Literaturverzeichnis 54

1. Einleitung

In den letzten Jahren mehrten sich - angeregt durch die neue Approbationsordnung - Publikationen zum Thema der medizinischen Ausbildung. Mediziner, Psychologen, Mathematiker und Soziologen erörtern die Probleme der medizinischen Didaktik. Sie widmen in diesem Zusammenhang neben den Lehrinhalten, Studienplänen und Unterrichtsmethoden den Möglichkeiten der Leistungsmessung ein besonderes Interesse: Man überprüft die Voraussetzungen für das Messen und Bewerten von Leistungen und sieht sich genötigt, die Grenzen der Anwendbarkeit und Aussagekraft von Leistungstests aufzuzeigen.

In diesen Rahmen gehört auch die Frage nach den Inhalten der medizinischen Ausbildungsziele, allgemeiner noch die Frage nach dem, was einen Arzt grundsätzlich kennzeichnen müßte: Soll er vor allem in der Lage sein, Patienten zu untersuchen, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln (Dahmer). Oder soll er neben diesem klinischen Wissen auch wichtige und wünschenswerte Verhaltensmuster erworben haben (Rohde). Einige Autoren betonen in diesem Zusammenhang, daß die medizinische Ausbildung die Erfordernisse des praktischen Arztes vor Augen haben solle und den Medizinstudenten nicht primär zum Spezialisten vorbereiten dürfe. Aber die Antworten auf all diese Oberlegungen sind verständlicherweise nicht einhellig.

An die Frage nach den Ausbildungszielen schließt sich zugleich die zugehörige Problematik an: Welches sind die geeigneten und günstigsten Verfahren, mit deren Hilfe die Studenten das notwendige Rüstzeug für ihre ärztliche Tätigkeit erlernen können? Die Stoffvermittlung kann durch Vorlesungen, Seminare, Lehrbücher, Basistexte oder programmierte Instruktionen - also sehr theoretisch - geschehen. Mit diesem theoretischen Wissensstoff, den der Student aufgenommen hat, ist er allerdings nicht in der Lage, das vorgefundene Krankheitsbild eines Patienten zu beurteilen. In jedem medizinischen Fach muß der Student ein bestimmtes Wahrnehmungstraining durchlaufen, um zielsicher beobachten zu können, um die Bedeutung der wahrgenommenen Merkmale abzuschätzen und die vor-

liegenden Befunde in seinen sonstigen Kenntnisbestand einzuordnen. Erst danach kann er eine Diagnose stellen.

Nur wenn der Mediziner gelernt hat zu beobachten, zu beschreiben und zu bewerten (Helmchen), wird er in der Lage sein, die Planung für ein verantwortungsbewußtes ärztliches Handeln - für die Therapie also - vorzunehmen.

Von diesen Grundsätzen medizinischer Didaktik ausgehend, haben einige Autoren bereits wichtige und schon erprobte Anregungen für veränderte und neue Unterrichtsformen vorgelegt (Enke, Helmchen, Kisker). Dabei haben Überlegungen zum Blockunterricht, zum Unterricht am Krankenbett, zum Begriff des "learning by doing" und den Fragen der Gruppendidaktik (Masuhr, Bolkenius) gerade für den Bereich der klinischen Ausbildung mit seiner speziellen Ausformung des Unterrichts am Patienten und durch den Patienten (Whitehorn) an Bedeutung gewonnen.

Mit Hinblick auf die Tatsache, daß der Umgang mit Patienten in der klinischen Ausbildung immer wieder als besonders wichtig betont wird, fällt auf, daß bislang keine ausführlichen Arbeiten vorliegen, die sich mit den Einflüssen beschäftigen, denen die Patienten unterliegen, wenn sie in den studentischen Unterricht mit einbezogen werden. Es fehlen Untersuchungen über die Reaktionen von Kranken bei und nach Demonstrationen, Vorstellungen in Seminaren und technischen Kursen. Wenn hierüber etwas mitgeteilt wird, dann geschieht es nur in Form von Anmerkungen oder kurzen persönlichen Eindrücken (Scharfetter). Eine systematische Untersuchung zu diesem Thema ist mir nicht bekannt geworden; vor allem nicht aus dem Bereich der Psychiatrie, die ja gerade im Hinblick auf den erstrebten und durch die neue Approbationsordnung auch geforderten praxisbezogenen Unterricht mit direkten und aktiven Kontakten des Studenten zum Patienten ganz besondere Probleme für den psychisch Kranken bietet oder bieten könnte.

So ergibt sich aus dieser Situation das Anliegen, Genaueres über die Reaktionen der psychisch Kranken auf die Untersuchungen durch Studenten zu erfahren.

2. Die Fragestellung

Bislang erfolgte der psychiatrische Unterricht überwiegend in der Form, daß Patienten in den Kollegs vorgestellt und von erfahrenen Dozenten exploriert wurden. Mit Ausnahme der Famulatur und fakultativer Untersuchungskurse, wie sie an der Freien Universität Berlin unter Prof. Dr. H. Hippius und Prof. Dr. H. Helmchen 1964 eingeführt wurden, haben Studenten nur im Staatsexamen Patienten befragt.

Auf Anregung von Prof. Dr. H. Hippius, München, soll in der vorliegenden Arbeit der speziellen Frage nachgegangen werden, welchem Einfluß Patienten unterliegen, wenn sie durch Examenskandidaten exploriert werden. Vordringlich soll geklärt werden, in welchem Umfang es von den Patienten als eine Belastung empfunden wird, wenn sie persönlich in die studentische Ausbildung im Bereich der Psychiatrie mit einbezogen werden. Aus praktischen Gründen hat sich für die Feststellung der angestrebten Befunde vor allen Dingen der Kontakt mit jenen Patienten angeboten, die durch Examenskandidaten exploriert worden sind. Der praxisbezogene Kursunterricht im Bereich der Psychiatrie ist noch verhältnismäßig neu, die Untersuchung durch Examenskandidaten jedoch langjähriger Brauch.

Die Arbeit stützt sich auf die Aussagen jener Patienten, die während zweier Semester von Staatsexamenskandidaten exploriert worden sind. Die Befragung der Patienten wurde mir dankenswerterweise von Prof. Dr. H. Hippius während seiner Zeit als Leiter der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin ermöglicht. Mein Dank gilt auch Prof. Dr. H. Helmchen, dem jetzigen Leiter der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin, der mir die Einsicht in die Krankengeschichten gestattete.

Bei der Exploration im Bereich der Psychiatrie sucht der Arzt die konstitutionellen und somatischen Fakten ebenso festzustellen wie die biographischen, sozialen und psychodynamischen, die das Krankheitsbild verursachen könnten. Der Arzt stützt sich für seine Diagnose also nicht nur auf die festen und nachprüfbaren, "harten"

Daten, sondern gleichfalls auf die subjektiven und situativen Merkmale, auch wenn diese auf Grund der verschiedenen Untersucher variieren. Schon der Student sollte es lernen, die eigene Person in dem speziellen Zwei-Personen-Prozeß zwischen Interviewer und Patienten als Instrument zu nutzen, und er sollte möglichst unterwiesen werden, wie er durch Abwarten oder Zuwenden und mit zielgerichteten Sach- oder Auswahlfragen eine Konstellation herbeiführen kann, in der sich die Persönlichkeit des Patienten frei entfaltet. Wenn sich der Student durch die psychiatrische Exploration ein Bild vom psychischen Zustand der Patienten erarbeiten soll und sein Urteil später mit dem seines Lehrers vergleichen wird - wie es etwa im Staatsexamen der Fall ist - dann kommt er mit rein theoretischem Wissen über die Formen menschlicher Ausdrucksmöglichkeiten nicht aus. Vielmehr benötigt schon der Examenskandidat die Fähigkeit, sich seiner eigenen emotionalen Schwingungsfähigkeit zu bedienen, die es ihm erlaubt, die Gefühle und Stimmungen, die in ihm durch den Patienten angerührt werden, zu erkennen.

Neben diesen Vorüberlegungen ist die Eigentümlichkeit der Exploration von Patienten durch Staatsexamenskandidaten zu berücksichtigen. Wir müssen unterstellen, daß der Student unter Prüfungsdruck exploriert: Er soll sein Wissen zeigen, das schließlich bewertet wird. So darf man annehmen, daß jeder Examenskandidat den Patienten meist mit einer gewissen inneren Spannung begegnet und zumindest leicht erregt ist.

Die hier bearbeitete Fragestellung gilt der Reaktion der Patienten in dieser speziellen Situation. Die vorliegende Untersuchung will die Gedanken, Gefühle, möglichen Ängste und Beunruhigungen der Patienten vor und nach einer psychiatrischen Exploration durch Staatsexamenskandidaten ermitteln. Im einzelnen soll im Rahmen dieser Studie untersucht werden, ob Patienten mit bestimmten psychischen Krankheitszuständen in besonders geringer Weise belastbar sind. Darüber hinaus, ob es möglicherweise individuelle, soziale oder situationsgebundene Faktoren gibt, die die Irritabilität der Patienten verstärken.

Wie gesagt, verfolgt die vorliegende Arbeit die Absicht, in ihrer Aussage auch die heutige Lage der studentischen Ausbildung

in der Psychiatrie mit einzubeziehen, wo mit der neuen Approbationsordnung besonders die direkte Patientenerfahrung für den Studenten in den Vordergrund gerückt ist.

Wenn sich nun herausstellen sollte, daß die Patienten bei der früheren Form des Staatsexamens kaum oder wenig irritiert wurden, so ließe das den Schluß zu - und damit schlage ich den Bogen zur heutigen Situation - daß die Patienten auch eine Situation billigen, wo sie von Studenten klinischer Semester ohne Examensdruck exploriert werden. Zum weiteren würde damit wohl auch ein Beitrag geleistet, um die Frage zu beantworten, welchen Einfluß eine Vorstellung im Hörsaal oder eine Befragung im Seminar auf Patienten hat und wie insgesamt die psychiatrische Ausbildung seitens der Patienten aufgenommen wird.

3. Methodik

Im folgenden stelle ich zuerst jene ausgewählten Patienten vor, die während zweier Semester von Staatsexamenskandidaten exploriert worden sind. Ihre Befragung lieferte das angestrebte Material für diese Arbeit. Anschließend werde ich den Untersuchungsgang schildern, die Auswertung der Befunde erläutern und die angewandten statistischen Verfahren, mit denen die gewonnenen Ergebnisse überprüft wurden, beschreiben.

3.1. Die Patienten, die von Examenskandidaten untersucht worden sind

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf die Aussagen von Patienten, die im Zeitraum vom Spätherbst 1969 bis Sommer 1970 auf den geschlossenen und offenen Abteilungen der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin stationär behandelt wurden. 35 Patienten wurden exploriert, drei von ihnen zweimal. Damit ergibt sich eine Gesamtzahl von 38 untersuchten Patienten. Auf diese Zahl beziehen sich alle nachfolgenden Aussagen und Tabellen.

Den ersten Blick möchte ich auf die Krankheitsbilder dieser Patienten lenken, die in einer nachfolgenden Übersicht, entsprechend der deutschen Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO: ICD, 8. Revision (1975), aufgeführt sind. Dabei ist festzustellen, daß die Psychosekranken mit 28 Patienten, das sind 74 %, den größten Anteil geben. In zweiter Linie folgen 8 Patienten (21 %) mit depressiven Neurosen und nicht psychotischen psychischen Störungen, zuletzt 2 Patienten (5 %) mit Krankheitsbildern wie partieller Epilepsie und cerebraler Durchblutungsstörung.

Tabelle 1. Diagnosenübersicht

	ICD-Nr.	N=38
1. Psychosen		
Alkoholpsychosen	291	
Alkoholisches Korsakowsyndrom	291.1	1
Alkohol-Halluzinose	291.2	1
Psychosen bei org. Hirnstörungen	293	
Psychose bei Hirntraumen	293.5	1

	ICD-Nr.	N=38	
Schizophrenie	295		
Schizophrenia simplex	295.0	1	
Hebephrene Form	295.1	1	
Katatone Form	295.2	2	
Paranoide Form	295.3	6	
Akute schizophrene Episoden	295.4	2	
Schizophrener Defektzustand mit Minderbegabung	295.6	1	
Schizoaffektive Psychosen	295.7	3	
Andere Schizophrenieformen	295.8	3	
Affektive Psychosen	296		
Involutionsdepression	296.0	3	
Paranoide Syndrome	297		
Paranoide Psychose im Involutionsalter	297.1	3	
Psychosen insgesamt:		28	74 %
2. Neurose, Persönlichkeitsstörungen und nicht psychotische psychische Störungen			
Neurosen	300		
Depressive Neurose	300.4	6	
Nicht anderweitig klassifizierbare Symptome	306		
Gilles de la Tourette Syndrom	306.2	1	
Psychische Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten	309		
Psychische Störungen bei intrakraniellen entzündlichen Prozessen	309.0	1	
insgesamt:		8	21 %
3. Andere Krankheitsbilder			
Partielle Epilepsie	345.3	1	
Cerebrale Durchblutungsstörung	437.9	1	
insgesamt:		2	5 %

Die Betrachtung der Krankheitsbilder im einzelnen zeigt, daß unter den Psychosen die Gruppe der Alkoholpsychosen 2 Patienten und die Gruppe der affektiven Psychosen 3 Patienten umfaßt. Dem gegenüber sind die verschiedenen Schizophrenieformen besonders oft vertreten. Sie wurden bei 19 Patienten (5o %) diagnostiziert. Die paranoide Form ist hier am häufigsten; sie findet sich bei einem Drittel aller schizophrenen Patienten. Die übrigen Unterformen sind seltener und mehr oder weniger gleichmäßig verteilt.

Zu den Diagnosen möchte ich noch erläutern, daß unter dem Begriff "andere Schizophrenieformen" einmal die coenästhetische Schizophrenie (in 2 Fällen) und zum anderen die wahnhafte Psychose einer Jugendlichen zusammengetragen wurde. Zur Klassifizierung der katatonen Formen der Schizophrenie ist anzufügen, daß deren Einteilung Schwierigkeiten bereitete. Bei diesen Patienten fanden sich auch paranoid-halluzinatorische Symptome, wenngleich auf dem Boden von Defektzuständen. Hierbei möchte ich darauf hinweisen, daß Defektzustände in der Aufstellung der Krankheitsbilder lediglich dann aufgeführt werden, wenn sie als primäre Diagnose verschlüsselt wurden, während im allgemeinen die sekundären und tertiären Diagnosen, wie etwa Alkoholismus oder Rauschmittelabusus bei den depressiven Neurosen nicht aufgeführt wurden.

Die Diagnosenverteilung zeigt einen hohen Anteil von Psychosekranken; speziell die Gruppe der Schizophrenen ist mit 19 Patienten stark vertreten, während die Kranken mit der Diagnose: Affektive Psychose (Involutionsdepression) und Neurose (Depressive Neurose) wesentlich seltener sind, 9 Patienten insgesamt.

Zum Vergleich eine Statistik aus dem Jahre 1968/69 an vier Berliner Nervenkliniken erhoben (Helmchen, Hippius, Stürzbecher). Sie erfaßt an erster Stelle die Schizophrenie, an zweiter den Alkoholismus und an dritter Stelle die Neurosen. Dabei wird von den Autoren angemerkt, daß die Alkoholkranken den größten Anteil stellen, wenn man die Kranken mit der Diagnose Alkoholismus (3o3 ICD) den Kranken mit Alkoholpsychosen (291 ICD) hinzufügt, nämlich knapp 18 %.

Tabelle 2. Die häufigsten Diagnosen der Statistik 1968/69 aus vier Berliner Nervenkliniken (Auszug).

Diagnosen-Nr.	absolut	%
295	1.312	17,4
3o3	969	12,9
3oo	78o	1o,4
296	6o3	8,o

Die abweichende Diagnosenverteilung bei den von mir befragten Patienten beruht teilweise auf dem Problem der Haupt-Diagnose bei Mehrfach-Diagnosen; denn sekundär wurde sowohl bei den befragten Kranken mit der Diagnose Schizophrenie wie bei den Neurosekranken Alkohol- oder Rauschmittelabusus oft verzeichnet. Des weiteren ist aber zu berücksichtigen, daß es sich hier ausschließlich um Patienten einer Universitätsklinik handelte, die keinen Aufnahmezwang hat.

Dennoch bleibt die Frage: Stellen die untersuchten Patienten eine Auslese dar? Zum Vergleich wurden die Diagnosen von 1oo Patienten, die 1968/69 in die Klinik kamen und diese in den beiden ersten Monaten des Jahres 1969 verließen, aufgeschlüsselt.

Tabelle 3. Diagnosenverteilung der befragten Patienten und der Vergleichsgruppe.

Diagnosen-Nr.	befragte Pat N=38		Vergleichsgruppe N=1oo	
	absolut	%	absolut	%
295	19	5o	36	36
3oo (bes. 3oo.4)	6	15	25	25
296	3	8	1o	1o

Wie immer die Determinanten ausgesehen haben mögen, die Vergleichstabelle verdeutlicht, daß offensichtlich weniger Neurosekranke und mehr schizophrene Patienten für die Examensuntersuchung ausgewählt wurden.

Zur medikamentösen Therapie ergab sich entsprechend der Verteilung der Krankheitsbilder, daß insgesamt 35 Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung medikamentös behandelt wurden; dabei erhielt die Mehrzahl, nämlich 31 Patienten, Psychopharmaka. Die restlichen Patienten nahmen Antiepileptika oder andere Medikamente ein.

Tabelle 4. Medikation

	N=38	%
Keine Medikamente	3	8
Psychopharmaka	31	82
andere Medikamente (z.B. Antiepileptika)	4	1o

In Bezug auf Alter, Geschlecht und allgemeiner Sozialdaten ergaben sich folgende Fakten:

Die Altersverteilung der Patienten zeigte einen Gipfel zwischen 2o und 39 Jahren. Jünger, im Alter von 18 und 19 Jahren, waren nur 4 Patienten. Die restlichen Patienten, die etwa ein Drittel aller Kranken ausmachten, waren 4o Jahre und älter. Während dabei das männliche Geschlecht in der Altersverteilung von 1o - 49 Jahren überwog, zeigte sich ein spätes Überwiegen der Frauen im 5. und 6. Lebensjahrzehnt.

Die Geschlechtsverteilung weicht in den Zahlen deutlich von der Verteilung in der Gesamtbevölkerung ab. Zwei Drittel aller befragten Patienten waren Männer. Eine ähnliche Relation fand sich aber auch bei der Vergleichsgruppe von 1oo Patienten.

Tabelle 5 a. Geschlechtsverteilung in Prozent.

	♀	♂
Mittlere Bevölkerung Berlin/W. (1969)	56,77	43,23
Vergleichsgruppe (N=1oo)	4o	6o
befragte Patienten (N= 38)	34	66

Von allen Patienten waren 3o % verheiratet. Größer war der Anteil der ledigen Patienten mit 5o %, entsprechend der großen Zahl 2o - 3o jähriger. Die übrigen Patienten waren geschieden oder verwitwet.

Bei der Überlegung, welcher sozialen Schicht die einzelnen Patienten zuzuordnen wären, ließ sich nicht ganz vermeiden, daß die von mir vorgenommene Einteilung doch gelegentlich eine subjektive Entscheidung gewesen ist. Ich habe eine Einteilung in "gehobenen und oberen Mittelstand", "unteren Mittelstand und oberen Arbeiterstand" und in "unteren Arbeiterstand" vorgenommen. Dabei wurden sowohl Bildungsgrad, wie berufliche Stellung und Verdienst berücksichtigt. Unter der Rubrik "unterer Arbeiterstand" gruppieren sich ungelernte Arbeiter und Hilfsarbeiter mit entsprechendem Einkommen. Ihre Schulbildung reichte vom Sonderschulabschluß über vorzeitigen Abgang von der Volksschule bis zum Volksschulabschluß. Diese Gruppe machte etwa ein Drittel aller befragten Patienten aus. Unter der Rubrik "unterer Mittelstand und oberer Arbeiterstand" finden sich Facharbeiter, Angestellte und Beamte der unteren Laufbahn mit Volksschulabschluß oder mittlerer Reife. Bei Patientinnen, die Hausfrauen waren, wurde sowohl die eigene Ausbildung und Beruf, wie der Ausbildungsstand des Mannes berücksichtigt. Das gilt entsprechend auch für die anderen Rubriken. Der Prozentsatz der zuletzt genannten Gruppe: "Unterer Mittelstand und oberer Arbeiterstand" ist am größten, er beträgt 6o %. Unter der Rubrik "gehobener und oberer Mittelstand" gliedern sich Selbständige (Handwerker und Akademiker), deren Schulabschluß vom Volksschulabschluß bis zum Abitur reicht. Diese Gruppe zählt 3 Patienten. Ich möchte zuletzt, damit kein falsches Bild entsteht, zu bedenken geben, daß einige Patienten durch ihre Krankheit auch mit einem beruflichen und sozialen Abstieg zu kämpfen hatten.

Tabelle 5 b. Alter, Geschlecht und soziale Daten.

Altersverteilung	N=38	%
1o - 19 Jahre	4	~1o
2o - 29 "	14	37
3o - 39 "	8	21
4o - 49 "	5	13

	N=38	%
5o - 59 Jahre	3	8
6o - 69 "	4	~1o
Geschlechtsverteilung		
männlich	25	66
weiblich	13	34
Familienstand		
ledig	17	45
verheiratet	13	34
geschieden	4	~1o
verwitwet	4	~1o
Soziale Stellung		
gehobener + oberer Mittelstand	3	8
unterer Mittelstand + oberer Arbeiterstand	23	6o
unterer Arbeiterstand	12	32

3.2. Die Ermittlung von Befunden, um die Reaktionen der Patienten auf die Exploration zu erfassen.

Um zu erfahren, wie die psychiatrische Exploration von Examenskandidaten auf die untersuchten Patienten wirken, habe ich 2 Fragebogen erarbeitet. Diese Fragebogen - die auf den folgenden Seiten abgedruckt sind - gliedern sich in jeweils zwei, direkt an die Patienten gestellte Fragen und fünf indirekte, die von mir nach dem Gespräch mit den Patienten beantwortet wurden. So wie die direkten Fragen der Gesprächseinleitung dienten und die Einstellung des Patienten zu erforschen suchten, waren die indirekten Fragen mehr darauf ausgerichtet, Reaktionen und Gefühle, Anmutungen und Erfahrungen der Patienten zu erfassen. Die indirekten Fragen wurden -

mit Ausnahme angegebener Alternativen - mit ja oder nein beantwortet. Die letzter beiden Fragen des Fragebogens A - das sei zur Klärung angefügt - beziehen sich auf frühere anamnestische und therapeutische Gespräche mit Ärzten. Demgegenüber meint die Bezeichnung: "ähnliche Gespräche" im Fragebogen B (Punkt II.3) speziell Explorationen durch Examenskandidaten.

Die Fragebogen waren nach ihrer Erstellung an einigen anderen Patienten auf ihre Brauchbarkeit und Aussagefähigkeit hin erst überprüft und in gewissen Punkten auch verändert worden, bis sie in der vorliegenden Form Verwendung fanden.

Wie ich bereits sagte, liegen entsprechend dem Ziel der Untersuchung 2 Fragebogen (A und B) vor. Das prägte den Untersuchungsgang. Zur Beantwortung des Fragebogens A führte ich mit den Patienten ein Gespräch, das etwa eine Stunde vor der Exploration durch die Examenskandidaten lag. Durch diesen Fragebogen wurde gleichsam die Ausgangsbasis festgelegt und die Stimmungen, Gefühlsbereitschaften und Erwartungen der Patienten erfaßt, unbeeinflußt von der späteren Untersuchung, ausgenommen von deren Ankündigung. Demgemäß notierte der Fragebogen B, der den Patienten nach der Examensuntersuchung vorgelegt wurde, die nach der Untersuchung eingetretenen Veränderungen. Das hierfür notwendige Gespräch führte ich mit den Patienten am folgenden Tag, da sie nach der Exploration mit den Examenskandidaten ein weiteres Gespräch am gleichen Tage ablehnten; sie fühlten sich allgemein zu angestrengt und erschöpft.

Fragebogen A (vor der Examensuntersuchung)

Falls notwendig, wird dem Patienten versichert, daß ihm durch seine Antworten keine Nachteile entstehen.

I. Direkte Fragen an den Patienten.

1. Sie sind zu einem Gespräch gebeten worden; wie denken Sie darüber?

2. Würden Sie lieber nicht zu dem Gespräch gehen?

II. Fragen, die vom Untersucher nach den Äußerungen des Patienten beantwortet werden.

1. Was wurde dem Patienten vorher über das Gespräch gesagt?

2. Was fühlte der Patient, wenn er an das kommende Gespräch dachte? (Ja- Nein-Antworten)

Angst
Wut
Ein Gefühl der Gespanntheit
Eine Abneigung gegen das Gespräch
Er fühlte sich als Versuchskaninchen
Er fühlte sich verpflichtet, zum Gespräch zu kommen
Er meinte, das Gespräch werde einen Sinn für ihn haben
Ein Gefühl der Erleichterung
Ein Gefühl der Entspannung
Er fühlte sich zufrieden
Er freute sich auf das Gespräch

3. Wie stellte sich der Patient das Gespräch vor?

angenehm - unangenehm
ermunternd - peinlich
helfend - schadend

4. Hatte der Patient schon früher ähnliche Gespräche gehabt?

Ja - Nein

5. Wie waren die bisherigen Erfahrungen des Patienten?

positiv negativ wechselnd keine Meinung

Fragebogen B (nach der Examensuntersuchung)

I. Direkte Fragen an den Patienten.

1. Gestern hatten Sie ein Gespräch; wie denken Sie darüber?

2. Wären Sie lieber nicht zu dem Gespräch gegangen?

I. Fragen, die vom Untersucher nach den Äußerungen des Patienten beantwortet werden.

1. Was fühlte der Patient nach dem Gespräch? (Ja- Nein-Antworten)

Angst
Wut
Ein Gefühl der Gespanntheit
Eine Abneigung gegen das vergangene Gespräch
Er fühlte sich als Versuchskaninchen
Er langweilte sich
Er glaubte, das Gespräch hätte einen Sinn für ihn gehabt
Ein Gefühl der Erleichterung
Ein Gefühl der Entspannung
Er fühlte sich zufrieden
Er empfand Freude

2. Wie empfand der Patient das Gespräch?

angenehm - unangenehm
ermunternd - peinlich
helfend - schadend

3. Würde der Patient noch einmal zu einem ähnlichen Gespräch bereit sein?

ja vielleicht nein Pat kann sich nicht entscheiden

4. Was hatte den Eindruck bestimmt?

die Person des Interviewers:

sein Verhalten
sein äußeres Erscheinungsbild

die Art der Fragen
die sonstige Umgebung
die eigene Stimmungslage
die Tageszeit

5. War der Patient mit dem Arzt allein?

immer meistens selten nie

3.3. Die Auswertung der Fragebogen

Vor der Erörterung der Auswertung sei vorangeschickt, daß sich die festgelegten indirekten Fragen beider Fragebogen günstiger für die Untersuchung erwiesen, weil sie direkt vergleichbar sind. Die direkten Fragen lassen diese Möglichkeit nicht zu, da die Antworten wesentlich stärker variieren.

Bei der Auswertung des Fragebogens A habe ich die verschiedenen Antworten auf die direkten Fragen geordnet, so daß eine Übersicht der Einstellungen und Gedanken aller Patienten möglich wurde. Das gleiche gilt für den Fragebogen B. Die Äußerungen der Patienten auf die in beiden Fragebogen jeweils zweite direkte Frage, ob die Patienten lieber nicht zum Anamnesengespräch gehen würden oder gegangen wären, erforderten neben den Ja- oder Nein-Antworten oder daß der Patient unentschieden war - wie beim Fragebogen A - auch noch eine weitere Kategorie. Darunter wurden Ja-Antworten mit Einschränkungen gesammelt; diese Patienten hatten auch Bedenken und waren in ihrer Meinung nicht ganz sicher.

Eine weitere Erläuterung möchte ich zu den Antworten auf die im Fragebogen B unter dem Punkt II.3. gestellte Frage nach einer Gesprächswiederholung geben. Auch hier wurden unter der Antwort: "Vielleicht" zustimmende Äußerungen mit der allgemeinen Einschränkung: "Wenn es sein muß" zusammengetragen. Diese Einschränkungen wurden von den Patienten formuliert.

Bei der Besprechung der Ergebnisse eines jeden Fragebogens bin ich so vorgegangen, daß jeweils am Anfang eine Übersicht der Befunde in tabellarischer Form erscheint. In der Aufstellung sind die tatsächlichen Zahlen und die Prozentzahlen für die Antworten ausgedruckt.

In der Auswertung des Fragebogens A wurde von mir in Abänderung der im Fragebogen vorliegenden Reihenfolge eine Änderung vorgenommen, insofern, als ich die Aussagen darüber, wie und ob den Patienten die Examensuntersuchung angekündigt wurde, den übrigen Befunden voranstellte.

3.4. Die angewandten statistischen Methoden

In dem Abschnitt 4.2. Ergebnisse aus dem Fragebogen B habe ich bestimmte Resultate mit Hilfe statistischer Verfahren überprüft. Die Prüfung erfolgte auf dem 5 %-Niveau.

Die Befunde des Fragebogens B zeigen zwei Patientengruppen, die hinsichtlich ihrer Reaktionen, Gefühle und Empfindungen deutlich differieren. Mit dem Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test[1] wird überprüft, wieweit diese Unterschiede zufälliger Natur sind oder nicht. Dabei bezieht sich der Vergleich zweier relativer Häufigkeiten und die Frage nach der Zufallsabweichung auf die Reaktionen, Gefühle und Empfindungen der beiden Patientengruppen.

Die Klassifizierung von n Objekten nach zwei Merkmalspaaren führt zu den vier Häufigkeiten: a, b, c, d, damit zur Vier-Feldertafel.

Merkmalspaar II / Merkmalspaar I	Ereignisse (+)	Ereignisse (-)	Insgesamt
Erste Stichprobe	a	b	$a + b = n_1$
Zweite Stichprobe	c	d	$c + d = n_2$
Insgesamt	$a + c$	$b + d$	$n_1 + n_2 = n$

Das Vier-Felder-Chi-Quadrat errechnet sich nach $\chi^2 = \frac{n\,(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$

unter der Voraussetzung, daß die Erwartungshäufigkeiten >3 und $n>20$. Das jeweils errechnete χ^2 wird mit dem kritischen Wert $\chi^2 = 3{,}841$ bei zweiseitigem Test und bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 0{,}05$ verglichen.

Eine im weiteren Verlauf der Auswertung auftauchende Frage, ob die ablehnenden Reaktionen der einen Patientengruppe auf die Exploration durch die Examenskandidaten zurückzuführen ist, erfordert zweierlei. Einerseits ist zu kontrollieren, in wieweit der Fragebogen A und B

gleiches messen und damit Unterschiede in den Ergebnissen durch die Meßverfahren zu vernachlässigen sind. Ob also eine Korrelation zwischen den Ergebnisreihen der beiden Fragebogen A und B besteht, wird mit dem Rangkorrelations-Koeffizienten von Spearman[2] (r_s) geprüft. Die Ergebnisreihen werden durch Zuordnung von Rangzahlen in Rangreihen überführt. Die Differenzen D der n-Rangpaare werden quadriert und zur Summe D^2 summiert; dieser Wert geht in die Formel

$$r_{S,B} = 1 - \frac{6 \sum D^2}{(n^3 - n) - (T_A + T_B)}$$

ein, die wegen der teilweise gleichen Werte (gleiche Ranggrößen) korrigiert ist; für die Reihen A mit T_A und für die Reihen B mit T_B. $T_{A,B} = 1/2 \sum (t^3_{A,B} - t_{A,B})$; $t_{A,B}$ = der Anzahl der Bindungen in aufeinanderfolgenden Gruppen der A- oder B-Reihe.

Der Prüfung der Korrelation zwischen den beiden Fragebogen A und B schließt sich dann die Überlegung an, wie groß die Intensität ist, mit der sich die Gefühls- und Empfindungsäußerungen jener Patientengruppe, die sich später ablehnend zeigte, von der ersten zur zweiten Befragung veränderten. Dies prüft der als Chi-Quadrat-Test von Mc Nemar modifizierte Vorzeichentest[3]. Er beruht auf der Information, wieviele Patienten von der ersten zur zweiten Untersuchung ihre Meinung und Einstellung änderten. Die Frage der zufälligen Schwankung bezieht sich also nur auf jene Patienten, die zwischen den beiden Stichproben von (+) nach (-) oder von (-) nach (+) wechselten. Das Vorzeichen (+) und (-) ist identisch mit der positiv oder negativ getönten Einstellung der Patienten. Da die Zahl der Patienten, die ihre Einstellung änderten, in den beiden Gruppen jeweils kleiner als 3o war, wurde die Formel mit Kontinuitätskorrektur verwandt:

$$\chi^2 = \frac{(|b - c| - 1)^2}{b + c + 1}$$

Die Berechnung der Signifikanz jener Einstellungsänderung beantwortet damit auch die Frage des Einflusses der zwischen den Stichproben erfolgten Exploration durch die Examenskandidaten.

1,2,3) Sachs, L. Angewandte Statistik.
Berlin, Heidelberg, New York (1974)

4. Die Ergebnisse

Im folgenden werden Befunde beschrieben, Ergebnisse dargestellt und einige von ihnen mit statistischen Verfahren überprüft. Überlegungen zu den Faktoren, die für die unterschiedlichen Aussagen und Einstellungen der Patienten verantwortlich sein können, schließen sich an.

4.1. Ergebnisse aus dem Fragebogen A.

Die vorliegenden Befunde sind nachfolgend tabellarisch aufgeführt. Eine Beschreibung schließt sich an.

Tabelle 6. Ergebnisse des Fragebogens A

	N=38	%
1. Was wurde den Patienten vorher zur Examensuntersuchung gesagt?		
Ein junger Arzt oder Ärztin werde mit ihnen sprechen	36	95
keine Mitteilung	2	5
2. Begründungen der Patienten dafür, daß sie zu dem Anamnesengespräch gehen werden		
Pat möchte sich aussprechen, Pat will gesund werden.	5	13
Allg. positive Einstellung.	13	34
Pat gehe, weil es sein muß.	11	29
Pat meint, junge Ärzte müssen etwas lernen.	3	8
Keine feste Einstellung, Pat ist abwartend.	6	16
3. Würden die Patienten lieber nicht gehen?		
Doch, Pat will gehen	27	71
Pat würde am liebsten nicht gehen	9	24
Pat ist unentschieden	2	5
4. Gefühle der Patienten vor dem Anamnesengespräch		
Angst	9	24

	N=38	%
Wut	o	o
Gefühl der Gespanntheit	2o	53
Abneigung gegen das Gespräch	8	21
Gefühl des Versuchskaninchens	6	16
Gefühl der Verpflichtung	28	74
Meinung, das Gespräch werde einen Sinn haben.	17	45
Gefühl der Erleichterung	o	o
Gefühl der Entspannung	o	o
Gefühl der Zufriedenheit	1	3
Freut sich auf das Gespräch	2	5
5. Wie stellten sich die Patienten das Anamnesengespräch vor?		
Angenehm	25	66
Unangenehm	13	34
Ermunternd	29	76
Peinlich	9	24
Helfend	37	97
Schadend	1	3
6. Hatten die Patienten bereits früher ähnliche Gespräche?		
Ja	38	1oo
Nein	o	o
7. Wie waren die Erfahrungen aus früheren Gesprächen?		
Positiv	19	5o
Negativ	3	8
Wechselnd	5	13
Keine Meinung	11	29

Beim Betrachten der aufgeführten Befunde ist zu erkennen - dieses sei vorangestellt -, daß die Patienten fast übereinstimmend berichteten, ihnen wäre die Untersuchung angekündigt worden. Das geschah meistens in der Form, daß Pfleger oder Schwestern ihnen mitteilten, ein Arzt oder

eine Ärztin - dabei wurde meistens das Adjektiv "jung" verwendet - werde mit dem Patienten oder der Patientin sprechen. Eine Einstimmung der Patienten erfolgte nach meiner Kenntnis nicht. Nun ist zu berücksichtigen, daß die Stationsärzte oft erst am Vortage oder am Morgen des Prüfungstages erfuhren, daß ein oder zwei Patienten für das Examen ausgesucht werden sollten. So blieb meist wenig Zeit, geeignete Patienten zu finden, sie zu verständigen und mit ihnen vielleicht noch darüber zu sprechen, was sie erwartet. Ich erfuhr diese Mitteilungen, wie und ob die Patienten unterrichtet wurden, im Zusammenhang mit der ersten, direkt an den Patienten gerichteten Frage, was er darüber denke, daß er zu einer Untersuchung (Gespräch) gebeten worden sei. Es ist bemerkenswert, daß die Patienten im weiteren Gesprächsverlauf auf diese Frage oft mit einer Begründung darüber reagierten, warum sie zu diesem Anamnesengespräch gehen würden und welchen Sinn sie darin sähen.

Dabei meinten 5 Patienten von insgesamt 38, sie wollten sich aussprechen und gesund werden; und weitere 13 Patienten zeigten eine allgemein positive Einstellung, so etwa, daß sie eigentlich gern gingen, in der Erwartung nach Hilfe oder daß die bisherigen zufriedenen Erfahrungen in Gesprächen mit Ärzten mitklangen. Während also fast die Hälfte, nämlich 18 Patienten (47 %) mit einer mehr oder weniger positiv getönten Erwartung der Untersuchung entgegensahen, waren etwa 14 Patienten (37 %) der Ansicht, daß sie eher einem äußeren Druck folgten. 11 von ihnen meinten direkt, sie gingen, weil es sein müßte; dabei hatte eine Patientin das Gefühl, das Gespräch führe zu Auseinandersetzungen, womit sie bereits ihre Befürchtungen und Ängste signalisierte. 3 Patienten kaschierten ihr Unsicherheitsgefühl mit der Meinung, daß junge Ärzte oder Ärztinnen ja etwas lernen müßten. Das klang jedoch so, daß vermutet werden kann, die Patienten wußten, daß sie sich in einer Universitätsklinik befanden und möglicherweise mit der Ausbildung von Medizinstudenten in Berührung kommen würden.

Die restlichen 6 der insgesamt 38 Patienten bekundeten, daß sie keine feste Meinung hätten, vielmehr erst abwarten wollten, um zu erfahren, wem sie begegnen würden, wie sich der Untersucher verhalte und wie anstrengend die Untersuchung sein könnte.

Wenn ich diese unterschiedlichen Einstellungen der Patienten mit

ihren Antworten auf die zweite direkte Frage, ob sie lieber nicht zur Exploration gehen würden, vergleiche, so zeigen sich leichte, aber interessante Differenzierungen: Von den 14 Patienten, die eine wie auch immer geartete negative Einstellung zur Untersuchung bekundeten, antworteten nur 9 auf direkte Nachfrage, daß sie am liebsten nicht gehen würden. Die anderen - 2 Patienten - waren unentschlossen oder brachten, wie die Mehrzahl der übrigen zum Ausdruck, daß sie auch bei eigener Entscheidung gehen würden. Somit verblieben also 9 Patienten von insgesamt 38, die direkt erkennen ließen, daß sie die Teilnahme an der Untersuchung innerlich ablehnten.

Die Darlegung der Beweggründe, der inneren Motive oder äußeren Anlässe, die bei den 9 Patienten zu dieser Ablehnung führte, könnte möglicherweise beantworten, wie sich dergleichen vermeiden ließe. Diese analysierende Betrachtung habe ich an den Schluß der Ergebnisse des ersten Fragebogens gestellt.

Vervollständige ich das bisher gewonnene Bild durch die Gefühlsäußerungen und Anmutungen der Patienten, dann zeigen sich noch einige Veränderungen. Von der großen Zahl der Patienten, die sich bislang positiv äußerten, sagten 17 Patienten, daß ihrer Meinung nach das Anamnesengespräch für sie einen Sinn haben würde, und 3 Patienten waren auch zufrieden und freuten sich auf das Gespräch. Zugleich berichteten jedoch insgesamt 28 Patienten von einem Gefühl der Verpflichtung und 2o Patienten fühlten sich innerlich gespannt. Damit wird deutlich, daß auch unter der großen Zahl der Patienten, die mit Interesse aber teilweise auch mit einem gewissen Widerstreben dem Anamnesengespräch mit den Examenskandidaten entgegensahen, innere Spannung und Verpflichtungsgefühle in einem hohen Maß vorhanden waren. Und so verwundert es nicht, daß sich stärkeres Widerstreben wie auch deutliche Ablehnung darin niederschlagen, daß 9 Patienten Angst hatten, 8 Patienten Abneigung gegen die Untersuchung bekundeten und 6 Patienten meinten, sie fühlten sich wie Versuchskaninchen. Hier sei zur Klärung angeführt, daß jene Patienten, die Angst hatten und jene, die Abneigung äußerten oder sich als Versuchskaninchen fühlten, teilweise identisch waren und auch die Gefühle von Verpflichtung und Gespanntheit bekundet

hatten. Die Gefühle von Angst und Abneigung der Patienten wurden auch in ihren Anmutungen gegenüber dem Anamnesengespräch spürbar. All diese Patienten stellten sich das Gespräch mit den Examenskandidaten eher unangenehm (13 Patienten) und peinlich (9 Patienten) vor; sei es, daß sie innerlich das Ausfragen ablehnten, in Ruhe gelassen werden wollten. Aber nur ein Patient glaubte, die Untersuchung könne ihm eher schaden als helfen.

Der 24jährige Mann war erst seit 12 Tagen in der Klinik. Er befand sich in einem ausgeprägten depressiven Verstimmungszustand, war ängstlich und im Antrieb deutlich reduziert. Die Diagnose lautete auf: Depressive Neurose. Der Patient hatte zu Beginn des Gespräches schon mitgeteilt, daß er am liebsten nicht zur Untersuchung gehen würde. Bezeichnenderweise erklärte er seine Erfahrungen aus früheren Gesprächen auch als negativ. Im Vorgriff sei gesagt, daß der Patient in der Befragung nach der Untersuchung mitteilte, er würde eine Wiederholung ablehnen. Als wichtigsten Grund gab er selbst - sicherlich zurecht - seine eigene, sehr getrübte Stimmungslage an. Dies sei ein erster Hinweis dafür, daß die Gestimmtheit der Patienten für ihre Einschätzung, ob sie die Untersuchung tolerieren würden oder nicht, von erheblicher Bedeutung war.

Die übrigen 29 Patienten - einschließlich jener 2 Patienten, die in ihren Einstellungen etwas unsicher waren - vermuteten, daß die Anamnesengespräche mit den Examenskandidaten sie eher ermuntern und ihnen eher helfen könnten, als daß sie peinlich werden und ihnen schaden könnten. Nur bei der Überlegung, ob sich die Exploration für sie möglicherweise unangenehm gestalte, bejahten einige von ihnen, nämlich 4 Patienten; 13 Patienten hatten insgesamt diese Meinung vertreten.

Ich hatte bereits über den möglichen Einfluß, den die Stimmungslage der Patienten auf ihre Voreinschätzung und auf ihre Erwartungen ausübte, gesprochen. Ein nachfolgender Gedanke war, ob auch die Erfahrungen aus früheren Gesprächen ihre Wirkung entfalten. Alle Patienten hatten bislang mit Ärzten gesprochen; sei es beim Aufnahmegespräch oder auch bei anschließenden therapeutischen Gesprächen. Deshalb fragte ich die Patienten nach ihren Eindrücken. 19 Patienten (5o %) waren zufrieden. Sie kennzeichneten die Erfahrungen als positiv.

Dem gegenüber waren 3 Patienten (8 %) unzufrieden und enttäuscht. Die übrigen gaben an, daß ihre Erfahrungen wechselten, mal positiv, mal negativ, so 5 Patienten (13 %), oder sie konnten sich zu einem Urteil nicht entschließen; diese zuletzt genannten 11 Patienten (29 %) waren nach meinem Eindruck entweder stärker abgeneigt, trotz vielleicht insgesamt positiver Erfahrungen, oder die Erinnerungen an frühere Gespräche lagen zu weit zurück, und die jetzigen Kontakte beschränkten sich neben dem Aufnahmegespräch auf wenige Begegnungen, die wiederum noch sehr von der akuten Symptomatik und Gestimmtheit beeinflußt waren. Auf diese Zusammenhänge, ebenso wie auf die Bedeutung der negativen und wechselnden Vorerfahrungen werde ich bei der Beschreibung jener 9 Patienten, die aus freien Stücken nicht zur Untersuchung gegangen wären, zurückkommen.

Ein zusammenfassender Oberblick der vorliegenden Ergebnisse läßt erkennen, daß gut 7o % der Patienten aus eigener Entscheidung oder ohne stärkeren Widerstand zur Untersuchung gehen würden. Entsprechend hoch waren die Erwartungen nach Hilfe und Ermunterung; das korrespondierte mit der Meinung, das Gespräch werde einen Sinn haben, was wiederum 45 % der Patienten vermutete. Es ergab sich gleichfalls, daß die Vorerfahrungen ebenfalls von der Hälfte der Patienten als positiv gewertet wurden. Dennoch gilt, daß ein großer Teil dieser Patienten sich irgendwie doch verpflichtet fühlte und einige auch mit innerer Gespanntheit der Untersuchung entgegensahen. Dabei erlebten sie diese Gefühle unterschiedlich intensiv und deutlich schwächer als jene 11 Patienten, von denen zwei in ihrer Aussage unsicher und in ihren Gefühlen zwiespältig waren, während die übrigen 9 Patienten am liebsten ablehnen und an der Untersuchung nicht teilnehmen wollten.

Auf diese zuletzt genannten 9 Patienten will ich jetzt genauer eingehen. Dabei schicke ich einen kurzen Oberblick über Geschlecht, Alter, Familienstand und soziale Stellung voraus.

Neben sechs Patienten hatten drei Patientinnen ihre Abneigung gegenüber der Untersuchung geäußert. Zwei der Frauen waren mit 61 und 64 Jahren die weitaus ältesten. Ihnen folgte in einem größeren Abstand ein männlicher Patient mit 45 Jahren, während von den übrigen Patienten zwei der Altersgruppe zwischen 3o und 39 und die letzten

vier der Altersgruppe zwischen 2o und 29 Jahren angehörten.

Sechs Patienten waren geschieden oder ledig, nur ein Patient und eine Patientin waren verheiratet und eine ältere Patientin verwitwet.

Die Betrachtung der sozialen Situation dieser Patienten ergab, daß mit Ausnahme eines Sonderschülers und späteren Hilfsarbeiters und einer älteren Patientin mit Abitur, aber ohne Beruf, die Mehrzahl der Patienten die Volksschule abgeschlossen und eine Lehre absolviert hatten oder in Ausbildung waren.

Bei der Befragung teilten fünf dieser 9 Patienten sehr bestimmt ihre Abneigung gegen die angekündigte Untersuchung mit, während die übrigen vier Patienten ihre Ablehnung ängstlicher und vorsichtiger äußerten. Sie waren teilweise deutlich unlustig. Von allen 9 Patienten sprachen nur drei über ihre Angst vor der Exploration. Sehr viel stärker bekundeten die 9 Patienten Gefühle der Verpflichtung, der Gespanntheit und natürlich der Abneigung. Ihre ängstliche oder unlustige Stimmung schlug sich auch in ihren Anmutungen und Erwartungen nieder. Alle Patienten vermuteten, daß die Untersuchung eher unangenehm und peinlich als angenehm und ermunternd sein würde. Andererseits meinte lediglich ein Patient, die Untersuchung würde ihm wohl eher schaden als helfen. Hier waren die übrigen Patienten in ihrer Meinung zurückhaltend; sie stimmten aber darin überein, daß die Exploration ihnen wohl doch eher helfen als schaden würde. Der sehr viel pessimistischer eingestellte Patient war besonders ängstlich und innerlich gespannt; er hatte mir mitgeteilt, daß er auch die früheren Gespräche mit seinen Ärzten so empfunden habe. Ähnlich negativ äußerte sich nur ein weiterer Patient, während die übrigen in der Beurteilung ihrer Vorerfahrungen unsicher waren oder diese als wechselnd empfanden. Die beiden ältesten Patientinnen drückten jedoch eine gewisse Zufriedenheit aus und wollten die früheren Gespräche eher positiv beurteilt wissen.

Die 64jährige Patientin, wegen eines hypochondrisch-depressiven Wahns bei seniler Hirnatrophie in Behandlung, klagte über ihre gedrückte Stimmung; sie wirkte besonders ängstlich, antriebsarm und unkonzentriert. Es bestand außerdem Suicidverdacht in Anbetracht der Tatsache, daß diese Patientin früher einen Selbstmordversuch unternommen hatte. In dieser ängstlich-depressiven Stimmung war die

Patientin zugleich mit ihrem Wahn, der eine Veränderung ihres Gesichtes zum Inhalt hatte, beschäftigt und wollte in Ruhe gelassen werden. Ähnlich äußerte sich die 61jährige Patientin. Sie war klagsam, depressiv und empfand sich wie tot. Auch sie betrachtete die auf sie zukommende Untersuchung als störend und lästig. Bei ihr wurde eine Involutionsdepression diagnostiziert. Sie beging ein Jahr später Selbstmord. Es sei vorweggenommen, daß diese Patientin nach dem Anamnesengespräch eine Wiederholung ablehnte.

Während auch drei andere Patienten eine nachhaltig ängstlich-depressive Verstimmung, gepaart mit allgemeiner Trägheit oder innerer Unruhe zeigten, waren die übrigen vier Patienten eher ängstlich und unlustig.

Die Diagnose lautete bei vier dieser 7 Patienten auf depressive Neurose; meistens waren die Patienten zugleich Alkoholiker. Und je einmal war eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit Alkoholismus und eine wahnhafte Psychose mit Defektbildung diagnostiziert worden. Der letzte Patient war an einer rezidivierenden coenästhetischen Schizophrenie mit stark vermindertem Antrieb und wechselnden Stimmungen erkrankt. Er hatte bereits an einer Exploration durch einen Staatsexamenskandidaten teilgenommen, war von daher doch abgeneigt, und wollte die Untersuchung so schnell wie möglich hinter sich bringen.

Eine abschließende Überlegung, aus welchen Beweggründen diese 9 Patienten am liebsten nicht zur Untersuchung gegangen wären, zeigt zweierlei: Die Vorerfahrungen erschienen diesen Patienten nicht so positiv wie der Mehrzahl der übrigen Patienten, von diesen äußerten immerhin 5o % eine positiv getönte Erinnerung. Unter den besagten 9 Patienten teilten aber nur zwei Patientinnen die gleiche Meinung. Außerdem befanden sich besonders vier Patienten in einer sehr gedrückten, teils auch ängstlichen Stimmung. Diese vier Patienten bekräftigten auch nach der Exploration ihre Ablehnung. Ihr Antrieb war zumeist vermindert, oder sie waren von starker Unruhe erfüllt. Die Anmutungen der Umwelt waren blasser als sonst, und das Interesse der Patienten galt mehr ihrer eigenen Person. Ich gewann den Eindruck, daß diese Gefühlslage die Äußerungen der Patienten nachhaltig beeinflußt hatte und ihre Gefühle von Gespanntheit und Angst sowie

ihre unangenehmen und peinlichen Vorstellungen mittrug. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß sich Erinnerungen an frühere Gespräche nachträglich unter dieser Gestimmtheit verändert hatten. Die anderen Patienten waren eher ängstlich, träge und unlustig, selten depressiv.

4.2. Ergebnisse aus dem Fragebogen B.

Ich möchte noch einmal daran erinnern, daß dem Fragebogen B ein Gespräch mit den Patienten nach der Examensuntersuchung zugrunde liegt. Über die Ergebnisse dieser Gespräche werde ich im Anschluß an die tabellarische Zusammenstellung berichten.

Tabelle 7. Ergebnisse des Fragebogens B

	N=38	%
1. Allgemeine Reaktionen der Patienten nach der Examensuntersuchung		
Pat war interessiert, fühlte sich angeregt oder verstanden.	13	34
Pat fühlte sich erschöpft.	11	29
Pat meinte, es mußte ja sein oder junge Ärzte müßten ja etwas lernen.	6	16
Pat war enttäuscht oder verärgert.	5	13
Pat war indifferent.	3	8
2. Wären die Patienten nachträglich gesehen lieber nicht zu dem Anamnesengespräch gegangen?		
Doch, Pat wäre gegangen.	23	61
Pat wäre gegangen, ist aber doch etwas unsicher.	3	8
Nein, Pat wäre lieber nicht gegangen.	1o	26
Pat kann sich nicht entscheiden.	2	5
3. Gefühle der Patienten nach dem Anamnesengespräch		
Angst	3	8
Wut	1	3
Gefühl der Gespanntheit.	7	18
Abneigung gegen das Gespräch.	16	42
Gefühl des Versuchskaninchens.	14	37
Gefühl der Langeweile.	1o	26
Meinung, das Gespräch habe einen Sinn gehabt.	1o	26
Gefühl der Erleichterung.	15	4o
Gefühl der Entspannung.	12	32

	N=38	%
Gefühl der Zufriedenheit.	15	4o
Pat empfand Freude.	3	8
4. Wie empfanden die Patienten das Anamnesengespräch?		
Angenehm	23	61
Unangenehm	15	39
Ermunternd	28	74
Peinlich	1o	26
Helfend	35	92
Schadend	3	8
5. Würden die Patienten noch einmal zu einem ähnlichen Gespräch bereit sein?		
Ja	16	42
Ja oder vielleicht, wenn es sein muß.	8	21
Nein	11	29
Pat kann sich nicht entscheiden.	3	8
6. Was hatte den Eindruck der Patienten besonders bestimmt?		
Person des Interviewers:		
Verhalten	19	5o
Äußeres Erscheinungsbild	8	21
Art der Fragen	26	68
Sonstige Umgebung	1	3
Eigene Stimmungslage	2o	53
Tageszeit	o	o
7. Waren die Patienten mit den Kandidaten allein?		
Immer allein	35	92
Meistens allein	2	5
Selten allein	1	3
Nie allein	o	o

Auch hier seien die ersten Reaktionen der Patienten auf die am Vortage erlebte Untersuchung vorangestellt. Sie sind Antworten auf meine Frage, was die Patienten über die Examensuntersuchung denken. Dabei äußerten immerhin 13, ein Drittel aller Patienten, daß sie in irgendeiner Art am Anamnesengespräch interessiert waren, sich teilweise auch angeregt oder verstanden gefühlt hätten. Weiter berichteten 11 Patienten spontan, die Untersuchung hätte sie angestrengt. Sie fühlten sich danach erschöpft; das lag wohl einerseits an der zeitlichen Dauer des Gespräches, andererseits sahen sich einige Patienten durch ihren Krankheitszustand geschwächt und empfanden so vieles anstrengender als sonst. 6 Patienten äußerten, daß sie auch einen gewissen Zwang empfunden hätten, teilweise betonten sie im gleichen Zusammenhang den Nutzen der vorausgegangenen Untersuchung für die Ausbildung der Ärzte, denn so hätten diese ja etwas lernen können. Enttäuscht oder verärgert waren 5 Patienten. Sie hatten sichtlich etwas Zuspruch oder vielleicht auch Hilfe erwartet und fühlten durch die Fragen der Examenskandidaten eher alte Narben aufgerissen. Nur 3 Patienten wollten über ihre ersten und spontanen Eindrücke anfangs nicht sprechen. Das Gespräch war mühsam, sie antworteten nur auf die von mir gestellten Fragen.

Diese ersten Reaktionen weisen bereits die Richtung, wie die Patienten in ihren Gefühlen und Anmutungen die Gespräche erlebten und welche Folgerungen sie zogen. Bei der Hälfte der Patienten mischte sich Erleichterung, angenehme Entspannung und Zufriedenheit mit der Meinung, das Gespräch habe auch einen Sinn für sie gehabt; selbst Freude tauchte bei 3 Patienten auf. Sie sahen das Gespräch auch eher angenehm, helfend oder ermunternd, und sie meinten, daß sie auch nachträglich gesehen am Gespräch teilgenommen hätten. Ebenso betonten auch 24 Patienten ihre Bereitschaft an einer Wiederholung, davon acht Patienten mit gewissen Einschränkungen. Die restlichen Patienten äußerten mehr oder weniger deutlich ihre Abneigung; teils gepaart mit einem Gespanntheitsgefühl oder der Empfindung von Langerweile und Unangenehmsein und dem Eindruck, als Versuchskaninchen fungiert zu haben. Aber nur 1o Patienten wären nachträglich lieber nicht zum Gespräch gegangen und nur diese - wie eine weitere Patientin - lehnten eine Wiederholung entschieden ab.

Die Ergebnisse des Fragebogens B im Vergleich:

Die Tatsache, daß nach der Exploration durch die Examenskandidaten unterschiedliche Reaktionen seitens der Patienten zu beobachten waren, lenkte mein spezielles Augenmerk auf jene 11 Patienten (29 %), die eine Wiederholung der Exploration ablehnten. Ich wollte zuerst wissen, wo diese Patienten differierende Gefühlsreaktionen und Anmutungen zeigten. Deshalb begann ich, die Ergebnisse des Fragebogens B gesondert für die Gruppe der ablehnenden 11 Patienten und die Gruppe mit den einer Wiederholung zustimmenden bzw. sich unentschlossen zeigenden 27 Patienten aufzuschlüsseln. Des weiteren habe ich auch die Ergebnisse des Fragebogens A nach den beiden Gruppen aufgeteilt und ihre Aussagen verglichen. Damit will ich klären, ob die beiden Patientengruppen bereits vor dem Anamnesengespräch unterschiedlich reagierten und verschiedene Einstellungen zur Untersuchung bekundeten. Darüber hinaus war zu untersuchen, ob die Exploration durch die Examenskandidaten tatsächlich für die später unterschiedlichen Einstellungen bei beiden Patientengruppen verantwortlich war.

Bevor ich jetzt zum Ausgangspunkt meiner Oberlegungen komme, möchte ich zum besseren Verständnis noch zwei Erläuterungen geben. Ich habe die Gruppe der 27 Patienten, die einer Gesprächswiederholung direkt oder mit Vorbehalten zustimmten, im weiteren Verlauf mit Gruppe I bezeichnet. Die Gruppe der 11 Patienten, die eine Wiederholung solcher Gespräche ablehnten, meine ich immer dann, wenn von der Gruppe II gesprochen wird. Nachfolgend sind die Ergebnisse des Fragebogens A und B nach diesen beiden Gruppen tabellarisch aufgeschlüsselt worden. (Die Prozentzahlen sind auf- oder abgerundet)

Tabelle 8. Ergebnisse aus dem Fragebogen B im Vergleich der beiden Patientengruppen.

	Gruppe I		Gruppe II	
1. Allgemeine Reaktionen der Patienten nach der Examensuntersuchung	N=27	%	N=11	
Pat war interessiert, fühlte sich angeregt oder verstanden.	12	44	1	9
Pat fühlte sich erschöpft.	2	7	9	82

	Gruppe I		Gruppe II	
	N=27	%	N=11	%
Pat meinte, es mußte ja sein oder junge Ärzte müßten ja etwas lernen.	5	19	1	9
Pat war enttäuscht oder verärgert.	5	19	o	o
Pat war indifferent.	3	11	o	o
2. Wären die Patienten nachträglich gesehen lieber nicht zu dem Anamnesengespräch gegangen?				
Doch, wären gegangen.	23	85	o	o
Pat wäre gegangen, ist aber doch etwas unsicher.	2	7	1	9
Nein, Pat wäre lieber nicht gegangen.	o	o	1o	91
Pat kann sich nicht entscheiden.	2	7	o	o
3. Gefühle der Patienten nach dem Anamnesengespräch				
Angst	o	o	3	27
Wut	o	o	1	9
Gefühl der Gespanntheit.	3	11	4	36
Abneigung gegen das Gespräch.	6	22	1o	91
Gefühl des Versuchskaninchens.	6	22	8	73
Gefühl der Langeweile.	7	26	3	27
Meinung, das Gespräch habe einen Sinn gehabt.	9	33	1	9
Gefühl der Erleichterung.	13	48	2	18
Gefühl der Entspannung.	12	44	o	o
Gefühl der Zufriedenheit.	15	56	o	o
Pat empfand Freude.	3	11	o	o
4. Wie empfanden die Patienten das Anamnesengespräch?				
Angenehm	22	81	1	9
Unangenehm	5	19	1o	91
Ermunternd	25	93	3	27
Peinlich	2	7	8	73
Helfend	27	1oo	8	73
Schadend	o	o	3	27

	Gruppe I		Gruppe II	
	N=27	%	N=11	%
5. Würden die Patienten noch einmal zu einem ähnlichen Gespräch bereit sein?				
Ja	16	59	o	o
Ja, wenn es sein muß.	8	3o	o	o
Nein	o	o	11	1oo
Pat kann sich nicht entscheiden.	3	11	o	o
6. Was hatte den Eindruck der Patienten besonders bestimmt?				
Person des Interviewers:				
Verhalten	14	52	5	45
Äußeres Erscheinungsbild	8	3o	o	o
Art der Fragen	16	59	1o	91
Sonstige Umgebung	1	4	o	o
Eigene Stimmungslage	12	44	8	73
Tageszeit	o	o	o	o
7. Waren die Patienten mit den Kandidaten allein?				
Immer allein	25	93	1o	91
Meistens allein	1	4	1	9
Selten allein	1	4	o	o
Nie allein	o	o	o	o

Tabelle 9. Ergebnisse aus dem Fragebogen A im Vergleich der beiden Patientengruppen.

	Gruppe I		Gruppe II	
	N=27	%	N=11	%
1. Was wurde den Patienten vorher zur Examensuntersuchung gesagt?				
Ein junger Arzt oder Ärztin werde mit ihnen sprechen.	25	93	11	1oo
Keine Mitteilung	2	7	o	o
2. Begründungen der Patienten dafür, daß sie zu dem Anamnesengespräch gehen werden				
Pat möchte sich aussprechen.	3	11	1	9
Pat will gesund werden.	1	4	o	o

	Gruppe I		Gruppe II	
	N=27	%	N=11	%
Allg. positive Einstellung.	1o	37	3	27
Pat gehe, weil es sein muß.	6	22	5	45
Pat meint, junge Ärzte müssen etwas lernen.	2	7	1	9
Keine feste Einstellung, Pat ist abwartend.	5	19	1	9
3. Würden die Patienten lieber nicht gehen?				
Doch, Pat will gehen.	2o	74	7	64
Pat würde am liebsten nicht gehen.	5	19	4	36
Pat ist unentschieden.	2	7	o	o
4. Gefühle der Patienten vor dem Anamnesengespräch				
Angst	6	22	3	27
Wut	o	o	o	o
Gefühl der Gespanntheit.	15	56	5	45
Abneigung gegen das Gespräch.	6	22	2	18
Gefühl des Versuchskaninchens.	5	19	1	9
Gefühl der Verpflichtung.	19	7o	9	82
Meinung, das Gespräch werde einen Sinn haben.	12	44	5	45
Gefühl der Erleichterung.	o	o	o	o
Gefühl der Entspannung.	o	o	o	o
Gefühl der Zufriedenheit.	1	4	o	o
Freut sich auf das Gespräch.	2	7	o	o
5. Wie stellten sich die Patienten das Anamnesengespräch vor?				
Angenehm	18	67	7	64
Unangenehm	9	33	4	36
Ermunternd	22	81	7	64
Peinlich	5	19	4	36
Helfend	27	1oo	1o	91
Schadend	o	o	1	9
6. Hatten die Patienten bereits früher ähnliche Gespräche?				
Ja	27	1oo	11	1oo
Nein	o	o	o	o

7. Wie waren die Erfahrungen aus früheren Gesprächen?	Gruppe I N=27	%	Gruppe II N=11	%
Positiv	13	48	6	55
Negativ	1	4	2	18
Wechselnd	3	11	2	18
Keine Meinung	1o	37	1	9

Beim Vergleich der Ergebnisse des Fragebogens B fallen die unterschiedlichen Reaktionen der Gruppe I und II sofort ins Auge: Es beginnt schon bei den ersten Äußerungen. In der Gruppe I treffen Zustimmung, leichte Enttäuschung und abwartende, unentschiedende Haltung aufeinander. Dem gegenüber glaubt nur eine Patientin der Gruppe II sich verstanden, während 9 Patienten äußern, sie fühlten sich erschöpft und ausgenommen und ein Patient betont, die Untersuchung habe ja sein müssen. So kann es nicht überraschen, daß 1o von 11 Patienten der Gruppe II lieber nicht zu dem Anamnesengespräch gegangen wären, 25 Patienten der Gruppe I ihren Entschluß jedoch auch hinterher bejahten. Bei ihnen überwogen auch deutlich Gefühle der Zufriedenheit, der Erleichterung und der Entspannung. Sie fanden das Gespräch auch eher angenehm, ermunternd und helfend. Ganz anders äußerten sich die 11 Patienten der Gruppe II. Sie bekundeten Abneigung gegen das Gespräch, fühlten sich als Versuchskaninchen, verbunden mit Gefühlen der Gespanntheit und der Langeweile. Selbst Angst empfanden 3 Patienten und einer war wütend. Nur eine Patientin meinte, das Gespräch habe für sie auch einen Sinn gehabt, ihr geholfen und sie ermuntert. Auf diese Patientin werde ich später noch zu sprechen kommen. Zwei Patienten äußerten noch eine gewisse Erleichterung, aber keiner der 11 war zufrieden oder fühlte sich entspannt. Vielmehr empfanden sie die Exploration als unangenehm und größtenteils peinlich und ohne Bedeutung für sie. Drei Patienten vermuteten gar, die Untersuchung habe ihnen eher geschadet.

Unterschiedlich beantworteten die beiden Gruppen auch die Frage, was ihren Eindruck vom Gespräch wohl bestimmt hätte. Während noch in beiden Gruppen etwa die Hälfte aller Patienten meinten, das Verhalten des Interviewers hätte sie beeinflußt, ging bei der Meinung der Einflußnahme des äußeren Erscheinungsbildes der Interviewer bei etwa 8 Patienten der Gruppe I

die Ansicht dahin, dies könnte bei ihrem Eindruck mitgewirkt haben. Bei der Gruppe II äußerte kein Patient diese Meinung. Vermutlich wurden eher positive Einflüsse durch das Erscheinungsbild der Interviewer verstärkt als umgekehrt. Was für die ablehnende Haltung der Gruppe II ausschlaggebender war, werden die Art der Fragen gewesen sein. Denn 1o Patienten (91 %) dieser Gruppe schrieben ihnen einen Einfluß zu. In der Gruppe I waren es nur 16 Patienten (59 %). Eine weitere Bedeutung gaben 8 Patienten (73 %) der Gruppe II ihrer eigenen Stimmungslage, während dies nur 12 Patienten (44 %) der Gruppe I vermuteten.

Bei dieser vergleichenden Betrachtung der Ergebnisse des Fragebogens B stellt sich abschließend die Frage, ob die Unterschiede hinsichtlich der Reaktionen, Gefühle und Empfindungen zwischen der Gruppe I und II bei den genannten Ergebnissen zufälliger Natur sind und einer gemeinsamen Grundgesamtheit entstammen oder nicht.

Weil das vorliegende Material eine statistische Bearbeitung erlaubte, habe ich zur Beantwortung den Vierfelder-Chi-Quadrat-Test herangezogen. Die Nullhypothese lautet: Die Ergebnisse für die Gruppe I und die Gruppe II sind zufällig unterschiedlich. Die Alternativhypothese heißt: Die Ergebnisse sind signifikant unterschiedlich.

A. Ich habe zuerst die positiven Reaktionen (die Patienten waren interessiert, fühlten sich angeregt oder verstanden) und die eher negativen Reaktionen (die Patienten fühlten sich erschöpft, meinten, es mußte ja sein, oder sie waren enttäuscht und verärgert), hinsichtlich der Gruppe I und II verglichen.

	pos. Reakt.	neg. Reakt.	
Gruppe I	12	12	24
Gruppe II	1	1o	11
	13	22	35

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} = \frac{35\ (12o - 12)^2}{24 \cdot 11 \cdot 13 \cdot 22} = 4{,}9$$

Da $\chi^2 = 4{,}9 > 3.841 = \chi^2_{o,o5}$ wird die Null-(Homogenitäts-)hypothese abgelehnt.

B. Als zweites habe ich die Gefühle der Patienten in ihrer Aufteilung auf die beiden Gruppen untersucht. Verglichen wurden die positiv getönten Gefühle (von der Meinung, das Gespräch habe einen Sinn bis zu dem Gefühl der Freude) und die negativ getönten Gefühle (von Angst bis zur Langenweile) der beiden Patientengruppen.

	pos. Gefühle	neg. Gefühle	
Gruppe I	52	22	74
Gruppe II	3	29	32
	55	51	1o6

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} = \frac{1o6\,(52 \cdot 29 - 3 \cdot 22)^2}{74 \cdot 32 \cdot 55 \cdot 51} \simeq 35$$

Da $\chi^2 \simeq 35 > 3{,}841 = \chi^2_{o,o5}$ wird die Nullhypothese abgelehnt.

C. Zuletzt habe ich die Empfindungen der beiden Gruppen verglichen, also wie weit den Patienten die Exploration angenehm, ermunternd, helfend oder unangenehm, peinlich und schadend erschien.

	pos. Empf.	neg. Empf.	
Gruppe I	74	7	81
Gruppe II	12	21	33
	86	28	114

$$\chi^2 = \frac{n \cdot (ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)} = \frac{114(74 \cdot 21 - 7 \cdot 12)^2}{81 \cdot 33 \cdot 86 \cdot 28} \simeq 38$$

Da $\chi^2 \simeq 38 > 3{,}841 = \chi^2_{o,o5}$ wird die Nullhypothese abgelehnt.

Nachdem deutlich ist, wie ausgeprägt die unterschiedlichen Einstellungen der beiden Gruppen zu der Exploration sind, wäre zu überprüfen, ob das gleiche

für ihre Erwartungen gilt. Werden die Ergebnisse des Fragebogens A unter diesem Aspekt nach den beiden Patientengruppen aufgeschlüsselt, so fallen auch hier bestimmte Differenzen auf. Die Patienten der Gruppe I zeigen eine positive Einstellung und eine Erwartung, die deutlich größer ist als bei der Gruppe II. Hier betonen die Patienten demgegenüber das Gefühl der Verpflichtung. Sie sind auch unschlüssiger, ob sie aus freien Stücken zur Untersuchung gehen würden, oder sie sind direkt abgeneigt. Sie haben auch stärker die Erwartung, das Gespräch könne für sie peinlich werden und in ihrer Gruppe befindet sich der einzige Patient, der meint, die Untersuchung könne ihm vielleicht schaden. Dennoch sind die Unterschiede nicht so auffällig wie bei den Ergebnissen des Fragebogens B. Gerade die Gefühlseinstellungen unterscheiden sich mit Ausnahme des schon genannten stärkeren Verpflichtungsgefühls nicht wesentlich. Insgesamt habe ich den Eindruck, daß die Erwartungen der Patienten aus beiden Gruppen sich wohl darin unterscheiden, daß die Patienten der Gruppe II etwas vorsichtiger und zurückhaltender sind, was manchmal mit einem leichten pessimistischem Hauch versehen ist.

Beim Vergleich der Ergebnisse des Fragebogens A und des Fragebogens B stellt sich nun die Frage, ob die unterschiedliche Wende in der Meinung der beiden Patientengruppen durch die in der Zwischenzeit stattgefundenen Exploration eingetreten ist. Um hierauf eine schlüssige Antwort zu geben, will ich zuerst feststellen, ob zwischen den Ergebnisreihen des Fragebogens A und des Fragebogens B hinsichtlich der Gefühls- und Empfindungswerte eine positive Korrelation besteht.

Um dieses zu beurteilen, errechnete ich - das bekannte Material läßt eine statistische Bearbeitung zu - den Spearman'schen Rang-Korrelationskoeffizienten r_s. Die Nullhypothese lautet: Zwischen beiden Ergebnisreihen besteht keine positive Korrelation, sondern Unabhängigkeit.

Tabelle 1o. Gefühls- und Empfindungswerte aus beiden Fragebogen im Vergleich.

	Ergebniswerte A	Ergebniswerte B
Angst	9	3
Wut	o	1
Gespanntheit	2o	7
Abneigung	8	16
Gefühl des Versuchskaninchens	6	14
Meinung, das Gespräch habe einen Sinn	17	1o
Erleichterung	o	15
Entspannung	o	12
Zufriedenheit	1	15
Freude	2	3
Angenehm	25	23
Unangenehm	13	15
Ermunternd	29	28
Peinlich	9	1o
Helfend	37	35
Schadend	1	3

N = 16

Die Ergebniswerte wurden jeweils in eine Rangordnung gebracht, die Rangdifferenz ermittelt, sowie deren Quadrate und die Summe der Quadrate.

Tabelle 11. Die Ergebniswerte, ihre Rangzahlen, deren Differenzen und Quadr

Ergebniswerte: A	9	o	2o	8	6	17	o	o	1	2	25	13	29	9	37	1
B	3	1	7	16	14	1o	15	12	15	3	23	15	28	1o	35	3
R_A	8	1	9,5	7	4	9	1	1	1,5	2	1o	8,5	11	8	11,5	1,5
R_B	2,5	1,5	3,5	8	6	4,5	7,5	5,5	7,5	2,5	9,5	7,5	1o,5	4,5	11	2,5
D	5,5	-o,5	6	-1	-2	4,5	-6,5	-4,5	-6	-o,5	o,5	1	o,5	3,5	o,5	- 1Σ=0
D^2	3o,25	o,25	36	1	4	2o,25	42,25	2o,25	36	o,25	o,25	1	o,25	12,25	o,25	1

$D^2 = 2o5,5$ $\quad n = 16$

$T_A = 18$ $\quad T_B = 27$

$$r_{S,B} = 1 - \frac{6 \cdot \sum D^2}{(n^3 - n) - (T_A + T_B)} = 1 - \frac{6 \cdot 2o5,5}{(16^3 - 16) - (18 + 27)}$$

$$\simeq o,7 > P_{o,o5} = o,4265$$

Damit wird die Nullhypothese der Unabhängigkeit zwischen den Ergebnisreihen A und B abgelehnt. Zwischen den Reihen besteht, bezogen auf die Gefühls- und Empfindungsäußerungen eine positive Korrelation.

Da die Ergebnisse des Fragebogens B für die Gruppe I und die Gruppe II signifikant unterschiedliche Einstellungen zeigten, will ich prüfen, ob die veränderten Äußerungen der Gruppe II (n = 11) von den Daten des Fragebogens A zu denen des Fragebogens B signifikant sind, also die Explorationen durch die Examenskandidaten den entscheidenden Einfluß darstellte.

Dazu habe ich entsprechend den Gefühls- und Empfindungsäußerungen der Patienten vor und nach der Examensexploration ihre Einstellung als positiv oder negativ gekennzeichnet und diese Daten nach dem von McNemar modifizierten Vorzeichentest auf Signifikanz der Änderung geprüft. Zur Kontrolle geschah das gleiche für die Gruppe I (n = 27).

Gruppe I (n = 27):

Untersuchung B

Untersuchung A: B / A	+	-
+	a 14	b 4
-	c 6	d 3

$$\chi^2 = \frac{(|b - c| - 1)^2}{b + c + 1} = o,o9 \; ; \qquad o,o9 < \chi^2_{o,o5} = 3,84$$

Die Nullhypothese, daß die Häufigkeiten b und c nur zufällige Schwankungen zeigen, wird nicht abgelehnt.

Gruppe II (n = 11):

Untersuchung A \ Untersuchung B	B / A	+	-
	+	a 1	b 6
	-	c 0	d 4

$$\chi^2 = \frac{(|b - c| - 1)^2}{b + c + 1} = 3{,}57 \simeq P_{0{,}05}$$

Die Nullhypothese wird abgelehnt. Auf dem 5 % Niveau besteht eine signifikante Änderung zwischen der Einstellung vor und nach der Exploration für die Gruppe II. Da keine anderen schwerwiegenden Ereignisse während des Zeitraums zwischen der ersten und der zweiten Befragung stattgefunden haben, ist anzunehmen, daß die veränderte Einstellung bei den Patienten der Gruppe II durch die Exploration der Examenskandidaten ausgelöst und bewirkt wurde.

4.3. Diskussion der Ergebnisse.

Die vorliegenden Befunde zeigen, daß die Äußerungen jener 11 Patienten - sie lehnten weitere Anamnesengespräche ab - im Zusammenhang mit der Exploration durch Examenskandidaten stand, die sie am Vortage erlebt hatten.

Vier Patienten waren schon zu Beginn der Exploration skeptisch, zurückhaltend und ablehnend gewesen. Sieben weitere Patienten änderten ihre anfangs bereitwillige Haltung; eine Patientin wollte keine Wiederholung, fand das Anamnesengespräch aber eher angenehm.

Die Frage, die sich erhebt, ist: Warum haben diese 11 Patienten die Exploration nicht wie die übrigen toleriert? Welche Faktoren haben dazu geführt, daß jene Patienten möglicherweise weniger belastbar waren; sind diese Faktoren bei den Patienten zu suchen oder bei den Untersuchern oder bei der äußeren Situation des Anamnesengesprächs?

Im ersten Schritt wäre zu klären, ob sich die 11 Patienten von den übrigen etwa hinsichtlich ihrer sozialen Bezüge und ihrer Krankheitsbilder unterscheiden.

In der Altersverteilung zeigen sich nur geringe Differenzen; dabei verdient vielleicht Beachtung, daß Patienten unter 2o Jahren in der Gruppe II nicht vertreten sind. Etwas deutlicher sind die Unterschiede in der Geschlechtsverteilung. Die Gruppe II setzt sich mehr aus männlichen Patienten zusammen als die Gruppe I. Doch ist dieser Befund nur als Tendenz zu werten. Ähnlich ist das Ergebnis beim Vergleich der sozialen Stellung beider Gruppen. Die Gruppe II hat nur 2 Patienten (18 %) gegenüber 1o Patienten (37 %) bei der Gruppe I, die dem "unteren Arbeiterstand" angehören. Stattdessen sind in der Gruppe II mehr Patienten dem "unteren Mittelstand und oberen Arbeiterstand" zugehörig, nämlich 8 Patienten (73 %). Bei der Gruppe I stammen 15 Patienten (56 %) aus dieser sozialen Kategorie. In der Schicht "gehobener und oberer Mittelstand" zeigen sich ebenfalls keine verwertbaren Unterschiede. Eine zusammenfassende Übersicht bringt die folgende Tabelle. (Die Prozentzahlen sind auf- oder abgerundet).

Tabelle 12. Medikation und soziale Daten im Vergleich der beiden Patientengruppen.

	Gruppe I		Gruppe II	
	N=27	%	N=11	%
Medikation				
keine Medikamente	2	7	1	9
Psychopharmaka	22	81	9	82
andere Medikamente (z.B. Antiepileptika)	3	11	1	9
Altersverteilung				
1o - 19 Jahre	4	15	o	o
2o - 29 "	1o	37	4	36
3o - 39 "	6	22	2	18
4o - 49 "	2	7	3	27
5o - 59 "	4	15	o	o
6o - 69 "	1	4	2	18
Geschlechtsverteilung				
männlich	17	63	8	73
weiblich	1o	37	3	27
Familienstand				
ledig	14	52	3	27
verheiratet	8	3o	5	45
geschieden	3	11	1	9
verwitwet	2	7	2	18
Soziale Stellung				
gehobener + oberer Mittelstand	2	7	1	9
unterer Mittelstand + oberer Arbeiterstand	15	56	8	73
unterer Arbeiterstand	1o	37	2	18

Stelle ich noch die Krankheitsbilder der Patienten aus beiden Gruppen gegenüber, dies ist nachfolgend in tabellarischer Form geschehen, dann zeigt ein erster Überblick auch hier keine bedeutenden Unterschiede. In beiden Gruppen wurden etwa 75 % Psychosen diagnostiziert. Der Rest verteilt sich auf Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und jeweils ein anderes Krankheitsbild. In der Gruppe II fehlen lediglich Alkoholpsychosen und Psychosen bei Hirntrauma; auch die Patienten mit primären organischen Befunden - mit einer Ausnahme. Ob das Zufall ist oder sich hier eine Tendenz ankündigt, ist ungeklärt.

Tabelle 13. Krankheitsbilder im Vergleich der beiden Patientengruppen.

	ICD-Nr.	Gruppe I N = 27	Gruppe II N = 11
1. Psychosen			
Alkoholpsychosen	291		
Alkoholisches Korsakowsyndrom	291.1	1	o
Alkohol-Halluzinose	291.2	1	o
Psychosen bei org. Hirnstörungen	293		
Psychose bei Hirntrauma	293.5	1	o
Schizophrenie	295		
Schizophrenia simplex	295.o	1	o
Hebephrene Form	295.1	1	o
Katatone Form	295.2	1	1
Paranoide Form	295.3	4	2
Akute schizophrene Episode	295.4	2	o
Schizophrener Defektzustand mit Minderbegabung	295.6	o	1
Schizoaffektive Psychosen	295.7	1	2
Andere Schizophrenieformen	295.8	3	o
Affektive Psychosen	296		
Involutionsdepression	296.o	2	1
Paranoide Syndrome	297		
Paranoide Psychosen im Involutionsalter	197.1	2	1
Psychosen insges.		2o 74 %	8 73 %

	ICD-Nr.	Gruppe I N = 27	Gruppe II N = 11
2. Neurose, Persönlichkeitsstörungen und nicht psychotische psychische Störungen			
Neurosen	3oo		
Depressive Neurose	3oo.4	4	2
Nicht anderweitig klassifizierbare Symptome	3o6		
Gilles de la Tourette Syndrom	3o6.2	1	o
Psychische Störungen im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten	3o9		
Psychische Störungen bei intrakraniellen entzündlichen Prozessen	3o9.o	1	o
insgesamt		6 22 %	2 18 %
3. Andere Krankheitsbilder			
Partielle Epilepsie	345.3	1	o
Cerebrale Durchblutungsstörung	437.9	o	1
insgesamt		1 4 %	1 9 %

Wenn die bisherigen Vergleiche der Krankheitsbilder und der sozialen Bezüge keine größeren Differenzen zwischen den beiden Gruppen deutlich werden ließen, so ist zu überlegen, ob die Unterschiede möglicherweise feinerer Natur sind. Wie erinnerlich, haben die Patienten der Gruppe II im wesentlichen die Art der Fragen und ihre eigene Stimmungslage für ihre ablehnende Haltung verantwortlich gemacht.

Diese Fakten verdienen eine genauere Betrachtung. Wie berichtet, fühlten sich 9 der 11 Patienten nach der Examensuntersuchung erschöpft. Hier ist immerhin daran zu denken, daß die Patienten durchschnittlich 1 1/2 bis 2 Stunden befragt wurden. Dennoch scheint es spezielle Gründe zu geben, daß eben diese 9 Patienten besonders über die Anstrengung klagten. Fünf von ihnen erklärten, daß sie nach dem Gespräch innerlich erregt und beunruhigt waren. Durch all die Fragen der Interviewer seien unfreundliche und bedrückende Erinnerungen wach geworden. Verständlich, daß bei diesen Patienten die Angst größer war, diese Erinnerungen könnten

bei einem neuen Gespräch ein zweites Mal geweckt werden. Zwei weitere Patienten sagten nur, daß sie solche Gespräche ganz und gar nicht schätzten; einer empfand die Situation als peinlich. Jedoch wiesen sie nicht darauf hin, ob für ihre Abneigung nur die Art der Fragen oder auch das übrige Verhalten der Interviewer ausschlaggebend war, wie die restlichen beiden Patienten meinten. Der eine war wütend gewesen. Er beklagte sich über den Untersucher, den er als ungeschickt empfand und ärgerte sich über die peinlichen Fragen und die zeitweilig aufkommende Langeweile. Der andere Patient nahm ebenfalls am Verhalten und an den Fragen des Untersuchers Anstoß; er fügte hinzu, daß er sich in der Klinik auch nicht wohl fühlte und sich von seinen Mitpatienten abgelehnt sähe. Er wollte die Klinik sobald wie möglich verlassen.

Was kann nun über die zwei Patienten gesagt werden, die sich nicht erschöpft und überanstrengt fühlten? Auch sie lehnten ja eine Wiederholung ab. Der männliche Patient war zum zweiten Mal bei einem Examen vorgestellt worden. Er hatte sich sichtlich gelangweilt. Es sei immer dasselbe, meinte er. Die Patientin fühlte sich von dem Gespräch her ermuntert und etwas aufgerichtet. Sie fand die Interviewerin sympathisch. Dennoch lehnte sie eine Wiederholung ab. Warum?

Hier ist auf einen Umstand aufmerksam zu machen, der für die Haltung der Patienten besondere Bedeutung erlangte: Das Befinden der Patienten am Tag der Untersuchung. Dieser Zustand ist durch die Diagnose nur schwer zu erfassen, so daß vom Vergleich der Krankheitsbilder allein kein Aufschluß erwartet werden konnte.

Die betreffende Patientin wurde am 5. Tag ihres Klinikaufenthaltes untersucht. Sie war ängstlich-depressiv, voller Minderwertigkeitsgefühle und in Schuldgefühle einem nahen Angehörigen gegenüber verstrickt und zugleich von Phonemen beeinflußt. Aus dieser Situation heraus lehnte sie trotz der erfahrenen Ermunterung ein nochmaliges Anamnesengespräch ab.

In welcher Stimmung befanden sich nun die übrigen 1o Patienten? Immerhin schrieben ja 8 Patienten (73 %) dieser Gruppe von sich aus ihrer Gestimmtheit einen starken Einfluß auf ihre ablehnende Meinung zu. Hier zeigt sich dann, daß neben der geschilderten Patientin noch

fünf weitere Patienten am Tage der Untersuchung depressiv und klagsam erschienen. Sie fühlten sich matt, müde oder wie tot. Der Grundantrieb war in allen Fällen vermindert. Unter diesen 5 Patienten sind auch jene beiden, die - wie berichtet - keine genauere Begründung für ihre Erschöpfungsgefühle und ihre Ablehnung gaben. Sie wirkten in sich gekehrt und verschlossen.

Zwei andere Patienten waren ängstlich erregt und voller innerer Unruhe: Während die Patientin noch unter einem akuten Dermatozoen-Wahn litt - sie war den dritten Tag in der Klinik -, fühlte sich der Patient durch das Gespräch zusätzlich beunruhigt; er hatte ja mitgeteilt, daß die Fragen der Interviewer unangenehme und schmerzliche Erinnerungen weckten. So flossen hier ängstliche Stimmungslage und bedrückende Wiedererinnerungen zusammen. Ein ähnliches Zusammentreffen von eigener getrübter Stimmung und dem Mißfallen über die bohrenden Fragen traf auch bei zwei weiteren Patienten zusammen. Sie wirkten unsicher, innerlich unruhig und zugleich dysphorisch. Diese beiden Patienten hatten, wie bereits geschildert, am Verhalten der Interviewer besonderen Anstoß genommen. Einer der Patienten gestand ja auch zu, daß er sich von seinen Mitpatienten abgelehnt fühlte und die Klinik verlassen wollte. Möglicherweise sind die Interviewer in eine negative Obertragung seitens der beiden Patienten geraten und haben mit einer gewissen negativen Gegenübertragung reagiert. Denn der zweite Patient war nach dem Gespräch als einziger wütend. Oberhaupt haben diese beiden männlichen Patienten als einzige primär auch das Verhalten und die Person der Untersucher kritisiert.

Die jetzt geschilderten 1o Patienten zeichneten sich also durch eine depressiv-gelähmte oder ängstlich-unruhige Gestimmtheit am Tage der Untersuchung aus. Damit verdichtet sich der Eindruck, daß die Stimmungslage den eigentlichen Hintergrund bildet für die Erschöpfung und die Gereiztheit der Patienten nach der Exploration. Mit Ausnahme der anfangs genannten Patienten hatten alle übrigen 9 Patienten ja diesem Gefühl deutlich Ausdruck verliehen.

Einen Patienten habe ich hier nicht aufgeführt, den letzten dieser ablehnenden Patientengruppe. Bei ihm zeigten sich keine deutlichen Stimmungseinflüsse. Er hatte sich, wie schon gesagt, über die Art der Fragen geärgert, aber auch gelangweilt. Er hatte eine Wiederholung

erlebt und stand außerdem kurz vor der Entlassung, so daß ein gewisser Überdruß mitschwang, der seine Ablehnung verständlich werden läßt; denn 2 andere Patienten, die ebenfalls zweimal exploriert worden waren, tolerierten diesen Umstand.

Es bestätigt sich damit der Eindruck, daß ebenso wie die skeptischen und ablehnenden Aussagen einiger Patienten vor der Untersuchung die negativen Äußerungen der 11 Patienten nach der Exploration ganz offensichtlich nur zu verstehen sind, wenn ihre momentanen Gestimmtheiten berücksichtigt werden. Diese Stimmungen sind auf dem Hintergrund der psychischen Erkrankungen zu sehen. Bei allen 11 Patienten wurde eine irgendwie geartete Störung der Affektivität diagnostiziert; aber nur bei zwei von ihnen waren auch mnestische Störungen beobachtet worden. Ein Vergleich ergibt, daß die Diagnose: mnestische Störungen bei den übrigen Patienten häufiger verzeichnet wurde, nämlich bei 11 von 27 Patienten. Die 27 Patienten wirkten allgemein ausgeglichener und weniger ängstlich. Während schwere depressive Zustände am Tage der Untersuchung nur bei den geschilderten 11 Patienten zu beobachten waren. Diese Patienten reagierten auch besonders empfindlich auf bohrende Fragen; das mag sie zusätzlich dazu veranlaßt haben, nach einer anfangs skeptischen aber auch gefügigen Einstellung - nur 4 Patienten hatten sich bereits vor der Untersuchung mißtrauisch und abweisend gezeigt - eine stärker ablehnende Haltung einzunehmen. Diese Empfindsamkeit wird noch verständlicher, wenn man bedenkt, daß jene Patienten häufiger ihre Erinnerungen in einem negativ getönten Licht sahen.

Die bisher getroffene Einschätzung über die Bedeutung der Stimmungen, in denen sich die Patienten befanden, wird auch von dem Umstand gestützt, daß nur zwei der 11 Patienten primär Person und Verhalten der Untersucher bemängelten.

Es sei abschließend daran erinnert, daß die befragten Patienten eine gewisse Auswahl darstellen. Offensichtlich wurden weniger Neurosekranke - und damit depressive und ängstliche Patienten - für das Examen vorgeschlagen als in Behandlung waren, wie der Vergleich mit 1oo Patienten aus dem Zeitraum Januar/Februar 1969 zeigte. Es kann deshalb nicht allzu

sehr verwundern, daß der größte Teil der befragten Patienten, nämlich 71 %, die Exploration der Examenskandidaten ohne größere Einwände tolerierten. Von den 9 Patienten, die in der ersten Befragung meinten, sie würden lieber nicht an der Examensuntersuchung teilnehmen, waren fünf nachträglich doch erleichtert und einigermaßen zufrieden; offensichtlich empfanden sie ihre Ängstlichkeit als unbegründet und ihre Lustlosigkeit hatte teils einem leichten Interesse oder dem Gefühl, eine Abwechslung erlebt zu haben, Platz gemacht.

Da bei den hier befragten Patienten eine Auslese stattfand, ist zu vermuten, daß die Stationsärzte, Pfleger oder Schwestern die Patienten bereits im Hinblick auf deren Eignung vorgeschlagen hatten. Wie auch ein Hinweis in dem Artikel von Scharfetter zeigt, werden eben aus der Erfahrung heraus schwer depressive und ängstliche Patienten gar nicht in Betracht gekommen sein - das Ergebnis wäre sonst verändert, eine größere Zahl der Patienten hätte negativ reagiert. Dabei wird man auch bedacht haben, daß die explorierenden Examenskandidaten unter einem gewissen Druck stehen. Sie müssen eine Diagnose finden, sind innerlich unruhiger und erregter und gehen weniger auf die Patienten ein, als ein Student ohne Examensdruck. Ein weiteres Moment ist zu beachten: Die Untersuchung verläuft sehr zeitaufwändig und wirkt damit nochmals belastender für die Patienten.

Aus diesem Grunde ist auch zu verstehen, daß Scharfetter meint, bei der Vorstellung dieser Patienten müsse sehr behutsam vorgegangen werden; er befürwortet zu Recht, daß die Patienten vorher gefragt werden und man sich mit ihnen verständigt. Außerdem sollte in einem Gespräch versucht werden, die Patienten auf das, was sie erwartet, einzustimmen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen ja, daß trotz der stattgefundenen Auslese einige Patienten aus ihrer gedrückten und ängstlichen Stimmung heraus die Exploration ablehnten und zu einer Wiederholung auch nicht bereit waren. Erfahrung und Intuition, die bei der Auslese der Patienten waltete, ersetzt also nicht das vorherige Gespräch, das auch die Oberlegung mit einschließen sollte, wo der Patient vorgestellt wird: Vor einer großen Studentenzahl im Hörsaal, bei einer interessierten Gruppe im Seminar - und in beiden Fällen

unter Leitung eines erfahrenen Dozenten - oder bei einem, vielleicht zwei Studenten, die eine Anamnese erheben wollen.

Andererseits stellt sich besonders in Anbetracht des durch die neue Approbationsordnung geforderten praxisnahen Unterrichts die Frage, wie die Studenten dennoch an sehr depressive und ängstliche Patienten herangeführt werden können. Hier ist ja zu beachten, daß der Student als praktizierender Arzt eher neurotische, besonders depressiv-neurotische Patienten als psychotisch Kranke sehen wird (Cooper). Dazu werden sicherlich Abwandlungen in der Form der Untersuchungskurse notwendig sein. Die Exploration durch Studenten, die eine Diagnose finden wollen, ist zeitaufwendig, damit belastend für die Patienten. Hinzu tritt die Unerfahrenheit in der Untersuchungstechnik. Die Gefahr, daß der Patient sich verschließt, ist - wie sich zeigte - zu groß. Man wird auch nicht damit auskommen, depressiv-gestimmte Patienten medikamentös einzustellen, was vor allem bei neurotisch Kranken gar nicht möglich sein wird. Vielmehr ist daran zu denken, diese Patienten von einem erfahrenen Untersucher vorexplorieren zu lassen; die Studenten haben dann die Gelegenheit, die Patienten hinterher noch einmal selbst zu befragen, oder sie sprechen im Anschluß an die Exploration mit dem Interviewer über den Patienten und sein Krankheitsbild.

Eine andere Möglichkeit läge im audiovisuellen Verfahren, also die Exploration der Patienten mit einem erfahrenen Interviewer optisch und akustisch auf Magnetband aufzuzeichnen und die Aufnahme später im Kreis der Studenten mit Kommentaren und Erklärungen und möglicher Diskussion abzuspielen.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht unter dem Thema: "Einfluß studentischer Ausbildung in der Klinik auf Patienten" Genaueres über die Reaktionen und Gefühlseinstellungen von 38 Patienten, die durch Staatsexamenskandidaten exploriert wurden, zu erfahren. Sie klärt, welche Patienten in geringerer Weise belastbar sind und gibt Hinweise auf solche Faktoren, welche die Irritabilität von Patienten verstärken.

Einem einleitenden Oberblick der in den letzten Jahren diskutierten Ausbildungsprobleme folgt die Feststellung, daß bislang keine Untersuchungen über die Reaktionen von psychisch Kranken, die in den studentischen Unterricht mit einbezogen werden, vorliegen.

In der Fragestellung wird das Thema vorgestellt, auf die psychiatrische Exploration eingegangen und die spezielle Situation hervorgehoben, wenn Examenskandidaten Patienten explorieren.

Im folgenden werden die 38 Patienten, ihre Krankheitsbilder, Alter, Geschlecht und sozialer Stand beschrieben, der Untersuchungsgang geschildert und die zwei Fragebogen erläutert, mit denen das angestrebte Material für diese Arbeit ermittelt wurde. Diese Ausführungen sind unter dem Abschnitt: Methodik zusammengefaßt, der auch Erläuterungen über die Auswertung der Befunde und eine Beschreibung der angewandten statistischen Verfahren enthält.

Mit den Ergebnissen der beiden Fragebogen wird sichtbar, daß - obwohl die Patienten hinsichtlich ihrer Eignung bereits in gewissem Maß ausgewählt worden sind - 11 Patienten (29 %) auf die Exploration negativ reagierten und eine Wiederholung ablehnten. Vier dieser Patienten hatten bereits vor der Untersuchung Skepsis, Mißtrauen und Ablehnung gezeigt; fünf Patienten, die anfangs aus Ängstlichkeit und Trägheit diese Ablehnung teilten, gewannen später doch ein leichtes Interesse an der Untersuchung. Die Unterschiede der letztlich ablehnenden Patientengruppe in ihren Reaktionen, Gefühlen und Empfindungen zu den übrigen Patienten sind signifikant. Es läßt sich auch nachweisen, daß die Veränderungen in der Meinung dieser Patienten auf die erlebte Exploration zurückgeht.

Bei der Oberlegung, warum jene Patienten stärker irritiert waren als die übrigen, wird offenbar, daß sie am Tage der Untersuchung sich besonders in ihrer depressiven und ängstlichen Gestimmtheit von den übrigen

Patienten unterschieden. Sie betrachteten vielfach selbst ihre Stimmung als den wesentlichen Faktor für ihre abschließende Beurteilung. Die Befunde belegen, daß bei einer Auswahl der Patienten mit Recht ihre Stimmungslage zu berücksichtigen ist, da depressiv-verstimmte und depressiv-ängstliche Patienten durch die Exploration besonders belastet werden.

Im Hinblick auf die praktische ärztliche Situation folgen Überlegungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Studenten dennoch an besonders depressive und ängstliche Patienten herangeführt werden können.

6. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association:
Colloquium for postgraduate teaching of psychiatry.
New Orleans, March 9-1o (1968)

American Psychiatric Association:
Psychiatry and medical education.
Conference Report.
Washington, D.C. APA (1969)

American Psychiatric Association:
Teaching psychiatry in medical school.
Washington, D.C. APA (1969)

Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 197o.
BGBL I, S. 1458 vom 3.11.197o

Argelander, H.
Das Erstinterview in der Psychotherapie.
Darmstadt (197o)

Balint, M.
Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
Stuttgart (1957)

Barrows, H.S.
Simulated patients (programmed patients).
The development and use of a new technique in
medical education.
Springfield, III. (1971)

Barton, W.E., Malamud, W.
Conference in Graduate Psychiatric Education:
Training the psychiatrist to meet changing trends.
Washington, D.C., American Psychiatric Association (1964)

Bleuler, E.
Die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen
Unterrichts.
Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 7o1
Leipzig (1914)

Bochnik, H.J.
Ausbildungsforschung als Basis der Studienreform.
in: Dtsch. Ärzteblatt 64, 251-255 (1967)

Brocher, H.H.T.
Begleitende Verfahren bei der Oberprüfung des
medizinischen Unterrichts.
in: Probleme des Medizinunterrichts, Hrsg. v.Uexkull, Th.
München, Berlin, Wien (1968)

Castelnuovo-Tedesco, P.
How much psychiatry are medical students really learning?
in: Arch. Gen. Psychiat. 16, 668-675 (1967)

Cooper, B.
Die Verteilung psychischer Störungen in Krankenhäusern
und allgemeinen Praxen.
in: Sozialpsychiatrische Texte, Hrsg: v.Cranach, M., Finzen, A.
Berlin, Heidelberg, New York (1972)

Correll, W.
Lernpsychologische Einsichten zur Lösung hochschul-
didaktischer Probleme.
in: Gießener Universitätsblätter 2, 5o-65 (1971)

Correll, W., Schwarze, H.
Lernpsychologie programmiert.
Donauwörth (1971)

Dahmer, J.
Didaktik der Medizin.
in: Didacta medica , I (197o)

Dahmer, J.
Basistexte oder Skripten.
in: Münch.Med. Wschr. 113, 624-63o (1971)

Davies, D.L., Shepherd, M.
Psychiatric education.
London (1964)

Deutsche Länderanstalt für das ärztliche Prüfungswesen
Dtsch. Ärzteblatt 69, 1248-49 (1972)

Dörner, K.
Interview und Exploration.
in: Nervenarzt 37, 18-25 (1966)

Early, L.W., Gregg, L.A.
A long-term experience with joint medical-psychiatric teaching.
in: J.Med.Educ. 34, 927-93o (1959)

Engel, G.
The Education of the Physician for Clinical Observation.
The Role of the Psychosomatic Teacher.
in: J. nerv.ment.Dis. 154, 159-169 (1972)

Enke, H.
Kursus der medizinischen Psychologie.
München, Berlin, Wien (1971)

Eron, L.
The effect of medical education on attitudes:
the ecology of the medical student.
in: J. Med. Educ. 33, 25-33 (1958)

Flörkemeier, V., Gross, R.
Vorlesungsbegleitende Leistungskontrollen in der inneren Medizin.
in: Dtsch. Ärzteblatt 72, 443-445 (1975)

Flörkemeier, V., Renschler, H.E.
Programmierte Instruktion.
in: Dtsch. Ärzteblatt 7o, 95-1oo, 149-154 (1973)

Flörkemeier, V., Renschler, H.E., Ross, R.G.
Programmierte Instruktion im klinischen Untersuchungskurs.
in: Therapiewoche 22, 615-622 (1972)

Gebhardt, R.
Probleme der Reliabilität in der Psychopathologie.
unveröffentlichtes Vortragsmanuskript (197o)

Gebhardt, R., Helmchen, H.
Zur Zuverlässigkeit psychopathologischer Symptomerfassung.
in: Schweizer Archiv f. Neurologie, Neuchirurgie und Psychiatrie
Band 112, Heft 2, 459-469 (1973)

Gibson, J.G.
Undergraduate clinical education.
in: Davies, D.L., Shepherd, M.: Psychiatric education
London (1964)

Graham, J.R.
Psychiatry in undergraduate medical education.
The Proceedings of Conference sponsored by the
Canadian Association of Professors of Psychiatry with
the support of the Association of Canadian Medical Colleges.
Oct. 1965

Graham, J.R.
A description of teaching programs in psychiatry.
in: Canad.Psychiatr.Ass. J. 12, 5o5-514 (1967)

Graham, J.R.
Defining educational objectives in psychiatry.
in: Canad.Psychiatr.Ass. J. 13, 433-439 (1968)

Graham, J.R.
Systematic evaluation of clinical competence.
Annual meeting Canadian Psychiatric Association
Toronto, June 13, (1969)

Guyotat, J.
Unterricht der Psychiatrie in Frankreich.
in: Nervenarzt 38, 387-39o (1967)

Hartmann, F.
Entwicklung des klinischen Curriculums an der
Medizinischen Hochschule Hannover.
in: Hochschuldidaktische Materialien 31, 1-74 (1971)

Helmchen, H.
Das psychiatrische Krankenblatt.
in: Forsch.Prax.Fortbild. 18, 175-18o (1967)

Helmchen, H.
Ausbildung in Psychiatrie, psychosomatischer Medizin
und Psychotherapie.
in: Nervenarzt 45, 428-435 (1974)

Helmchen, H., Hippius, H., Stürzbecher, M.
Zur psychiatrischen WHO-Diagnosenstatistik an
vier Berliner Nervenkliniken.
in: Nervenarzt 43, 427-432 (1972)

Kapuste, J., Feest, J.
Interviews in Ixburg.
München, Berlin, Wien (197o)

Kapuste, J., Noack, H.
Leistungstests in der Medizin - Möglichkeiten und Grenzen.
in: Probleme des Medizinunterrichts, Hrsg: v.Uexkull, Th.
München, Berlin, Wien (1968)

Kaufmann, M.R.
The teaching of psychiatry to the non-psychiatrist physician.
in: Amer.J. Psychiat. 128, 61o-616 (1971)

Kaufmann, P.
Problems of undergraduate psychiatry teaching.
in: Semin.Psychiat. 2, 145-161 (197o)

Kisker, K.P.
Erfahrungen und Methodisches zur Gruppenbildung
im psychiatrischen Krankenhaus.
in: Nervenarzt 31, 392-4o2 (196o)

Kisker, K.P.
Medizin in der Kritik. Abgründe einer Krisen-Wissenschaft.
Stuttgart (1971)

Kisker, K.P.
Ausbildung in Psychiatrie.
in: Nervenarzt 43, 512-519 (1972)

Kranz, H., Heinrich, K.
Psychiatrie im Übergang.
Thieme, Stuttgart (1969)

Lewis, A.J.
Psychiatric education and training.
in: Psychiatrie der Gegenwart
Bd. III, 111-129
Berlin, Göttingen, Heidelberg (1961)

Lipowski, Z.J.
Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine.
in: Psychosom.Med. 29, 153-171, 2o1-224 (1967)

Luth, P.
Lehren und Lernen in der Medizin.
Stuttgart (1971)

Mager, R.F.
Lernziele und programmierter Unterricht.
Weinheim (1971)

Masuhr, K.F., Bolkenius, D.
Gruppendidaktik im Studium der Psychiatrie.
in: Nervenarzt 44, 417-422 (1973)

Miller, G.E.
Teaching and Learning in medical school.
Cambridge-Mass. Harv. Univ. Press (1968)

Overall, J.E., Hippius, H.
Psychiatric Diagnostic Concepts among German-speaking Psychiatrists.
in: Comprehensive Psychiatry Vol 15, No. 2, 1o3-117 (1974)

Rohde, J.I.
Soziologische Probleme des medizinischen Unterrichts.
in: Probleme des Medizinunterrichts, Hrsg: v.Uexküll, Th.
München, Berlin, Wien (1968)

Roth, M.
Undergraduate clinical education.
in: Davies, D.L., Shepherd, M.
Psychiatric education.
London (1964)

Scharfetter, Chr.
Zur Psychodynamik klinischer Vorlesungen in Psychiatrie.
in: Nervenarzt 43, 2o5-2o7 (1972)

Scher, M.E., Ripley, H.S., Johnson, M.H.
Complexities of the clinical psychiatric teaching institution.
in: Psychiatry 34, 419-424 (1971)

Schipperges, H.
Ausbildung zum Arzt von morgen.
Stuttgart (1971)

Schulte, W.
Unterricht der Psychiatrie in Deutschland.
in: Nervenarzt 38, 39o-394 (1967)

Schulz, U., Remschmidt, H., Prinz, H.
Leistungstests im Medizinstudium.
in: Beiheft 1. Didacta Medica (197o)

Uexküll, Th. von
Probleme des Medizinunterrichts.
München, Berlin, Wien (1968)

Uexküll, Th. von
Berichtsband Zweite Jahrestagung der Untergruppe Medizin
des Arbeitskreises für Hochschuldidaktik Hannover 1968.
München (197o)

Werner, H.
Experiences in the Development of a Preclinical curriculum
in the Sciences Related to Behavior.
in: J.nerv.ment. Dis. 154, 165-172 (1972)

Whitehorn, J.C.
Psychiatric education and Progress.
Springfield, III (1957)

Whitehorn, J.C.
The Teaching of Clinical Psychiatry to Medical Students.
in: J. Nerv.ment. Dis 154, 18o-185 (1972)

World Health Organisation
Undergraduate teaching of psychiatry and mental health
promotion.
WHO Techn.Rep. Ser. 2o8
Geneva (1961)

World Health Organisation
Teaching of psychiatry and mental health.
WHO Public Health Papers No 9,
Geneva (1961)

Zane, M.D., Campbell, R.J.
Course on psychiatry for physicians.
in: NY J. Med. 62, 343o-3434 (1962)

L e b e n s l a u f

Ich, Dietrich Bodenstein, wurde am 14. Juli 1941 in Bad Gandersheim als Sohn des Kaufmanns Karl Bodenstein und seiner Ehefrau Annemarie Bodenstein, geb. v. Stosch, geboren.

Nach Besuch der Grundschule und des Gymnasiums bestand ich im Februar 1962 das Abitur. Der späteren Immatrikulation an der Freien Universität Berlin im Fach Humanmedizin folgte im Februar 1971 das Staatsexamen und nach absolvierter Medizinalassistentenzeit am 15. März 1972 die Approbations als Arzt. Ich arbeitete dann bis Ende 1972 als Stationsarzt auf der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Steglitz und anschließend für ein Jahr in der gleichen Position an der Landesnervenklinik Berlin-Spandau. Auf Grund meines Interesses für die Psychoanalyse hatte ich schon frühzeitig Vorlesungen am Institut für Psychotherapie, Berlin, belegt und diese abendliche Weiterbildung nach Abschluß des Staatsexamens fortgeführt. Diese Voraussetzungen ermöglichten mir, am 1. Januar 1974 meine jetzige Tätigkeit als ärztlicher Mitarbeiter am Institut für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin aufzunehmen.

Fred Höpfner - Dissertationsdruck - 1 Berlin 12 - Pestalozzistraße 106
Tel.: 3128885 - 3138198